Die Münch. Med. Wochenschr. erscheint wöchentl. in Nummern von durchschnittlich 4–4½ Bogen Preis in Deutschl. u. Oest.-Ungarn vierteljährl. 6 M, ins Ausland 7.50 M. Einzelne No. 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Heustrasse 20. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 7. 14. Februar 1899. Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20. 46. Jahrgang.

Originalien.

Aus der medicinischen Klinik der kgl. Universität Würzburg. (Director: Professor Dr. v. Leube.)

Zur Kenntniss des Typhus „renalis".

Von Dr. *Otto Rostoski*, Assistenten der Klinik.

Das Auftreten einer vorübergehenden oder längere Zeit anhaltenden Albuminurie, sei es, dass dieselbe bald nach Beginn oder erst auf dem Höhepunkt der Erkrankung einsetzt, gehört zu den häufigeren Erscheinungen des Typhus abdominalis. Um nur einige Beispiele anzuführen, so berechnen Griesinger[1]), Murchison[2]) und Weil[3]) übereinstimmend die Häufigkeit dieses Symptoms so, dass Albuminurie in jedem dritten Fall vorhanden ist (282 bezw. 105 Beobachtungen von Typhus abdominalis).

Nach anderen Autoren ist die Häufigkeit der Erscheinung freilich eine andere, bald mehr bald weniger ausgesprochen. So ist sie nach dem neuesten Schriftsteller Curschmann[4]) nur in 15—20 Proc. der Typhusfälle zu constatiren, während Gabler[5]), ein französischer Forscher, dieselbe in mehreren 100 Fällen gar niemals vermisst haben will. Vielleicht kommt bei der Annahme von Albumin im Harn viel auf die Methode des Nachweises an. Ich selbst finde bei Durchsicht von 346 Krankengeschichten eine Albuminurie in 205 Fällen, d. h. in 59,2 Proc., also in weit über der Hälfte der Fälle constatirt. Dabei ist zu bemerken, dass diese Zahl eher zu niedrig als zu hoch gegriffen ist; denn wenn auch im Allgemeinen jeder Harn ziemlich häufig, etwa jeden zweiten oder dritten Tag auf Eiweiss untersucht wurde, so kann ich natürlich doch nicht garantiren, dass bei 346 Fällen, die innerhalb von etwa 12 Jahren beobachtet wurden, nicht doch einmal eine kurzdauernde Albuminurie übersehen wurde. Zum Nachweis wurde die Reaction mit Essigsäure und 10 proc. Ferrocyankaliumlösung oder die Ueberschichtung von Salpetersäure mit Harn benützt. Weil hat das Albumin nachgewiesen, indem er zum kochenden Harn einige Tropfen verdünnter Essigsäure setzte.

Curschmann[6]) macht keine Angabe über die Methode, mittels welcher das Albumin nachgewiesen wurde; doch betont er, dass er auch leichte, nur 1—3 Tage dauernde Fälle, wenn sie nur sicher constatirt sind, berücksichtigt hat. Von den 205 erwähnten Fällen der Würzburger Klinik bestand die Albuminurie bei 139 schon beim Eintritt, bei 66 trat sie erst später auf. Unter diesen 139 Patienten waren wiederum 67 sicher in der ersten Woche der Erkrankung, dazu kommen noch von den 66 nicht mit Albuminurie eingetretenen Fällen 15, in denen das Symptom vor Ablauf von 8 Tagen (seit Beginn der Erkrankung) zu constatiren war, so dass wir im Ganzen bei 82 Patienten schon in der ersten Woche Albuminurie constatiren konnten. Bei 72 von den mit Albuminurie aufgenommenen Patienten und bei 18 von den ohne Albuminurie aufgenommenen, also zusammen bei 90 Patienten lässt sich der Tag des Eintrittes nicht genau bestimmen.

In 33 Fällen trat die Albuminurie sicher erst nach Ablauf der ersten, meist in der zweiten Woche ein; als besonders späten Termin habe ich mir den 21. Tag (2 mal), den 24. Tag (1 mal), den 25. Tag (2 mal) notirt. Nach unsern Erfahrungen ist also der Eintritt der Albuminurie entschieden häufiger auf das Anfangsstadium der Erkrankung als auf ihren Höhepunkt zu verlegen. Dieselbe Angabe machen Weil und Curschmann, während Murchison angibt, dass eine Albuminurie nie vor dem 16. Tage auftrete.

Ueber die Dauer der Albuminurie kann ich leider nicht so genaue Angaben machen wie über den Tag ihres Eintrittes. Nur so viel war sicher zu constatiren, dass sie öfters nur einige (5) Tage anhielt und durchaus nicht immer so lange wie das Fieber dauerte.

In 37 von 205 Fällen nahm die Reizung der Niere höhere Grade an, d. h. die Albuminurie, die sich sonst oft nur auf Spuren von Eiweiss beschränkte, wurde nach einigen Tagen reichlicher, und es liessen sich im Sediment neben den hyalinen auch epitheliale Cylinder constatiren, so dass man eine Nephritis (infectiosa) annehmen konnte. Blut fand sich neben den epithelialen Cylindern nur in einem einzigen Falle, ebenso wie sich auch nur in einem Falle Oedeme als Zeichen der Nephritis nachweisen liessen. Uebereinstimmend mit Curschmann konnte ich constatiren, dass der Eintritt einer Nephritis die Prognose erheblich trübt; denn es starben von den 37 Nephritisfällen 17, während von den übrigen 309 Fällen nur 20 ad exitum kamen.

Ein etwas abweichendes Resultat finde ich dagegen bezüglich der Häufigkeit der Nephritis. Nach den oben angegebenen Zahlen müsste man sie in 10,7 Proc. aller Typhusfälle antreffen. Nach Curschmann's und Weil's Erfahrungen aber steigert sich die «febrile» Albuminurie weit seltener zur haemorrhagischen oder nicht haemorrhagischen Nephritis, nach Curschmann[7]) bei kaum 1 Proc., nach Weil bei noch nicht 3 Proc. der Kranken. Dabei sind, soweit ich sehe, für die Diagnose der Nephritis dieselben Kriterien wie die oben angegebenen benützt worden, endlich möchte ich noch bemerken, dass diese Zahl, ebenso wie die der Albuminurie, überhaupt eher zu tief als zu hoch gegriffen ist.

Einer der Ersten, der überhaupt auf das Vorkommen von Nephritis bei Typhus nachdrücklich hinwies, ist Immermann[8]). Er beschrieb 2 Fälle, in welchen sich eine Nephritis mit allen ihren klassischen Symptomen entwickelte und zum tödtlichen Ausgang unter den Zeichen der Uraemie führte.

In einem gewissen Gegensatz zu solchen und ähnlichen Beobachtungen stehen nun wiederum andere, allerdings recht seltene Fälle, die, abgesehen von dem verhältnissmässig hohen Fieber, An-

[1]) Virchow's Specielle Pathologie und Therapie. II,2. 2. Aufl. 1864. S. 220.

[2]) Die typhoiden Krankheiten. Deutsch von Zuelzer. 1867. Seite 488.

[3]) Zur Pathologie und Therapie des Typhus abdominalis. Leipzig, F. C. W. Vogel. 1885. S. 39.

[4]) Specielle Pathologie und Therapie. Herausgegeben von Nothnagel. III. Bd., I. Theil: Der Unterleibstyphus. Seite 174. Wien 1898.

[5]) Diction. encyclopéd. des sciences med. Art. Albuminurie. Paris 1865. S. 478.

[6]) l. c.

[7]) l. c.

[8]) Jahresbericht der medicinischen Abtheilung des Bürgerspitals zu Basel. 1872.

fangs als acute idiopathische Nephritiden imponiren, bis im weiteren Verlauf der Erkrankung ein Milztumor, Roseolen, die Febris continua u. s. w. die Sachlage klären und die Diagnose eines Typhus abdominalis gesichert erscheinen lassen. Solche Fälle waren es denn auch hauptsächlich, für welche zunächst französische Autoren die Bezeichnung Nephrotyphus oder Typhus renalis in Anspruch nahmen. Die erste Beobachtung einer derartigen Erkrankung stammt von Gabler und Robin[9]).

Es handelte sich um einen 27jährigen kräftigen Mann, der am 10. Tage der Erkrankung mit etwas vergrösserter Milzdämpfung, 2—3 weichen Stühlen täglich, geringer Bronchitis und stark albuminund bluthaltigem, trüben, spärlich gelassenen Harn ins Spital eintrat. Temperatur 39,2. Puls 98. Comatöser Zustand.

Während der nächsten Tage hält der comatöse Zustand an. Es tritt Anurie während 24 Stunden ein und man fürchtete den Ausbruch einer Uraemie. Mit dem Wiederbeginn der Harnausscheidung wurde Patient klarer.

Am 6. Tage nach der Aufnahme traten Roseolae auf und die Milzvergrösserung war jetzt unverkennbar, der Stuhl wurde diarrhoisch. Zugleich nahm der Blut- und Eiweissgehalt des Urins deutlich ab. 14 Tage nach seiner Aufnahme war Patient bis auf eine leichte Albuminurie geheilt.

Bald darauf veröffentlichten Legroux und Hanot[10]) 5 weitere Fälle von Abdominaltyphus, die sämmtlich Eiweiss und epitheliale Cylinder in reichlicher Menge im Urin enthalten hatten und plötzlich endeten.

Robin[11]) fasste dann noch einmal die hauptsächlichsten Symptome der Erkrankung zusammen und schlug den Namen «Nephrotyphus» für einen derartig verlaufenden Typhus abdominalis vor.

Noch einen Schritt weiter ging Amat[12]), der 12 Beobachtungen von Typhus mit echter Nephritis beibringen konnte. Er stellte eine eigene «renale Form» des Typhus abdominalis auf und will dieselbe natürlich von der gewöhnlichen acuten Nephritis, dann aber auch vom Typhus abdominalis möglichst scharf getrennt wissen.

Als charakteristisch für die renale Form des Typhus bezeichnet Amat das Zurücktreten bezw. Fehlen von Darmerscheinungen (Meteorismus, Diarrhöen, Schmerz in der Fossa iliaca) gegenüber den Veränderungen des Urins.

Letzterer soll immer blutroth, verhältnissmässig milchig, dabei von ziemlich hohem specifischen Gewicht sein. Albumin findet sich stets. In vielen Fällen ist Eiweiss gleich Anfangs, in anderen erst später in sehr erheblicher Menge zu constatiren, zugleich mit zahlreichen Cylindern, Blutkörperchen, Nierenepithelien und deren Zerfallsproducten. Ausserdem soll sich der renale Typhus durch ein von Anfang an ausserordentlich hohes Fieber (41—42°), starke Abgeschlagenheit, heftige Delirien, sehr reichliches Nasenbluten und eine äusserst ungünstige Prognose auszeichnen.

Bei den 10 Sectionen, über die Amat berichten konnte, wiesen die Lungen fast stets Veränderungen, von beginnender Anschoppung bis zur ausgesprochenen lobären oder lobulären Pneumonie auf. Die Nieren sollen vergrössert gewesen sein und Erscheinungen gezeigt haben, aus denen Amat sich berechtigt glaubte, eine acute interstitielle Entzündung diagnosticiren zu dürfen, während die Mesenterialdrüsen und die Follikel der Darmschleimhaut die bekannten typhösen Veränderungen immer nur andeutungsweise erkennen liessen.

Von deutschen Autoren sind verhältnissmässig wenig Beobachtungen von «Typhus renalis» veröffentlicht worden. Im Allgemeinen hat man sich in Deutschland mit der schematischen Abgrenzung dieser Form von dem unter dem gewöhnlichen Bilde verlaufenden Typhus abdominalis nicht befreunden können. Die ersten (3) Fälle hat Homburger[13]) aus der Kussmaul'schen Klinik publicirt.

Der eine tödtlich endende Fall wies bei der Section in Uebereinstimmung mit den Beobachtungen Amat's verhältnissmässig geringe Veränderungen im Darm auf, wenn solche auch immerhin unverkennbar waren. Dagegen ist besonders hervorzuheben, dass die durch v. Recklinghausen vorgenommene Untersuchung der Niere normale Verhältnisse erkennen liess, obwohl der Urin deutlich die Zeichen der Nephritis geboten hatte.

Im Uebrigen stimmten die 3 Fälle darin überein, dass sie gleich bei ihrem Eintritt (2 mal am 4., 1 mal am 14. Tage der Erkrankung) neben hoher und continuirlicher, jedoch 40° nicht weit überschreitender, oft auch niedriger bleibender Temperatur die typischen Zeichen einer Nephritis: viel Eiweiss und epitheliale Cylinder aufwiesen. Blut fand sich nicht so reichlich, wie in den Fällen von Amat. Es wird nur von mässig zahlreichen rothen Blutkörperchen berichtet; dagegen wiesen alle 3 als Nephritissymptome, die bei Amat nicht immer ausgeprägt waren, starke Herabsetzung der Diurese, beginnende Oedeme und einen gespannten Puls auf. Mit Ausnahme des tödtlich endenden Falles, in dem gleich beim Eintritt (4. bezw. 7. Tag der Erkrankung) die Diagnose auf Typhus gestellt werden konnte, sicherten der weitere Verlauf der Erkrankung und unzweifelhafte Typhussymptome erst die Diagnose. Typhöse Stühle wurden nur in einem Falle vermisst, in zweien waren sie deutlich ausgesprochen. Es waren also die Symptome durchaus nicht so, wie sie Amat beschreibt, und Homburger kommt auch zu dem Schluss, dass es nicht gestattet ist, eine renale Form des Typhus in der Weise abzugrenzen, wie es Amat versucht hat, da keine einzige der in den Nieren gefundenen Veränderungen für Typhus charakteristisch sei und da es erst noch zu erweisen sei, dass der Typhus sich vorwiegend in den Nieren localisiren könne, wenngleich er zugeben muss, dass manchmal die nephritischen Symptome bei einem Typhus eine so bedeutende Rolle spielen, dass der Arzt bei der Stellung der Diagnose in Verlegenheit versetzt wird, und dass daher die Beschreibung einer renalen Form vom rein praktischen Standpunkte entschieden zu billigen ist. Spätere Beobachter, wie Weil[14]) und Curschmann[15]) nehmen ungefähr denselben Standpunkt wie Homburger bezw. Kussmaul ein; insbesondere ist Curschmann der Meinung, dass «man sehr früh auftretende, schwer verlaufende acute parenchymatöse Nephritis beim Typhus als überaus schwieriges Ereigniss besonders hervorheben sollte; aber zur Sonderung eines eigenen Nephrotyphus von anderen während oder gegen Ende der Krankheit eintretenden leichteren und minder lange währenden Nephritisfällen liege kein Grund vor. Hier beständen nicht so scharfe Gegensätze, wie man sie theoretisch construirte.»

Im vergangenen Sommersemester kamen nun im Juliusspital zu Würzburg 2 Patientinnen mit Typhus renalis, die nicht unter die oben erwähnten 346 Fälle gerechnet sind, zur Beobachtung. Ich will den einen von ihnen nur kurz beschreiben, weil er sich in der Hauptsache mit den Beobachtungen von Homburger und Weil deckt.

C. G., aufgenommen 18. IX., entlassen 16. XII. 1898. Seit 8 Tagen krank mit heftigen Kopfschmerzen. Eintrittsstatus: Bronchitis, hauptsächlich in den hinteren unteren Lungenpartien, Herz 0, Milzvergrösserung nicht sicher constatirbar. Urin braunroth mit starker Blut- und Eiweissreaction, Menge 600, spec. Gewicht 1028, im Sediment rothe Blutkörperchen und epitheliale Cylinder. Temperatur 38,5, Puls 120. Patientin macht einen benommenen Eindruck. Der weitere Verlauf wies eine Febris continua mit Erhebungen bis zu 40° auf, die am 3. XII. allmählich normaler Temperatur Platz gemacht hatten. Keine relative Pulsverlangsamung. Der Urin behielt seinen Blutgehalt bis zum 4. X., von da ab war nur noch Eiweiss zu constatiren, bei bacteriologischer Untersuchung wurden keine Typhusbacterien gefunden. Am 21. IX. traten Roseolen auf der Bauchhaut auf, die bald sehr zahlreich wurden. Zu gleicher Zeit liess sich die Milz trotz des bestehenden Meteorismus palpiren. Sehr starke Diazoreaction im Harn, Gruber-Widal'sche Reaction schwach positiv, wie sie es während des ganzen Verlaufes der Krankheit blieb. Mehrere diarrhoische Stühle täglich. Man konnte also am 21. IX. mit aller Sicherheit einen Typhus abdominalis diagnosticiren.

Auffallend war, dass der Urin nach der Entfieberung noch Eiweiss enthielt, das auch bis zum Austritt nicht verschwand. Die Diurese, die Anfangs herabgesetzt war, wies später hohe Zahlen, 2000 und darüber, neben einem specifischen Gewicht von 1010—1013 auf. Patientin gab nachträglich zur Anamnese an,

[9]) Journal de thérapeutique. 1875, p. 350.
[10]) Observations d'albuminurie dans la fièvre typhoïde. Arch. génér. de Médecine. 1876. p. 640.
[11]) Essai d'urologie clinique. Thèse de Paris 1877.
[12]) Sur la fièvre typh. en forme renale. Thèse de Paris 1878.
[13]) Ueber die Gabler-Robin'sche renale Form des Typhus abdominalis. Berl. klin. Wochenschr. 1881, No. 20, 21 und 22.
[14]) l. c.
[15]) l. c.

dass sie vor einiger Zeit einmal «geschwollen gewesen sei», auch ein stark gedunsenes Gesicht gehabt habe. Diese Angabe und die Thatsache, dass die Nephritis nicht heilte, wie es doch bei der Infectionsnephritis die Regel ist, machen es höchst wahrscheinlich, dass die Patientin vor dem Typhus eine (chronische) Nephritis hatte, die durch die Infection zur acuten Exacerbation kam. Durch diese letztere Beobachtung dürfte der Fall, der ja sonst nur als ein casuistischer Beitrag zur renalen Form des Typhus gelten kann, immerhin erhöhtes Interesse beanspruchen.

In dem 2. Fall von Infection mit Bacterium typhi, wie ich mich hier am liebsten ausdrücken möchte, standen die von den Nieren ausgehenden Symptome fast während der ganzen Erkrankung im Vordergrund. Auch im Uebrigen nahm er einen von allen bis jetzt beschriebenen Fällen abweichenden Verlauf, und er erscheint mir auch desshalb interessant, weil die Diagnose im Wesentlichen durch die bacteriologische Untersuchung gestellt wurde.

B. B., 26 Jahre alte Haushälterin von Heigenbrücken, hat seit 1 Jahr im Anschluss an Chlorose mit Menstruationsbeschwerden zu thun. Aufgenommen am 24. VI. 1898. Die Krankheit begann am 17. VI. 1898 mit einem Schüttelfrost, dem bald heftiges Fieber folgte; der Schüttelfrost soll sich während der vergangenen 8 Tage noch öfters wiederholt haben. Auch ist öfters Nasenbluten aufgetreten.

Die Untersuchung bei der Aufnahme ergab kräftigen Körperbau, mässig gute Ernährung, gesundes Aussehen, normale Lungenverhältnisse. Am Herzen bei normalen Grenzen ein an der Pulmonalis und der Spitze hörbares systolisches Geräusch, keine Verstärkung des II. Pulmonaltones; Spitzenstoss noch querfingerbreit ausserhalb der Mamillarlinie im V. Intercostalraum palpabel. Zunge leicht belegt. Fauces, Milz, Leber, Abdomen ohne Veränderungen. Musculatur am rechten Schultergürtel, hauptsächlich die oberen Partien des rechten Cucullaris, auf Druck stark schmerzhaft. Urin dunkelroth mit starker Eiweiss- und Blutreaction. Das reichliche Sediment wird fast nur aus rothen Blutkörperchen gebildet, daneben nur wenige Plattenepithelien. Keine Diarrhoen. Temperatur 37,9. Puls 88.

25. VI. Temperatur 39,1—36,9. Puls 92—72. Urinbefund wie gestern. Menge 800 spec. Gew. 1020.

Bis zum 30. VI. erhob sich die Temperatur nur einmal (am 29. VI.) auf 39,1, sonst immer gegen 38. Eine abermalige Untersuchung des Sediments liess wieder zahlreiche rothe Blutkörperchen erkennen, keine Cylinder. Die Muskelschmerzen sind nach 2 Tagen unter Anwendung von Phenacetin 3 mal 0,5 verschwunden. Seitdem kein Phenacetin mehr.

Am 30. VI. plötzlicher Anstieg der Temperatur unter Schüttelfrost auf 40,2. Patientin hustet seit gestern, auf der Lunge etwas Giemen, Herztöne heute rein. Patientin klagt über Kreuzschmerzen. Die gynäkologische Untersuchung vom 27. VI. hat einen anteflectirten etwas druckempfindlichen Uterus und ein descendirtes linkes Ovarium ergeben. Im Urin lassen sich heute neben rothen Blutkörperchen zahlreiche epitheliale Cylinder nachweisen, Farbe noch immer dunkelroth. Ausscheidungsverhältnisse und specifisches Gewicht seit Eintritt: 25. VI. 800/1020, 26. VI. 1000/1015, 27. VI. 800/1013, 28. VI. 1500/1012, 29. VI. 1500/1015, 30. VI. 1500/1013, 1. VII. 1800/1012, 2. VII. 1800/1015, 3. VII. 1500/1015, 4. VII. 1500/1014, 5. VII. 1800/1010, 6. VII. 1600/1012, 7. VII. 1400/1010, 8. VII. 1400/1012, 9. VII 1500/1012. Aehnliche (normale) Zahlen fanden sich während des ganzen Verlaufs der Krankheit. Täglich 1 mal Entleerung eines geballten Stuhles. Ord. Milch, Liqu. Kal. acet. Phenacetin 0,5, wenn die Temperatur über 39,5 steigt.

1. VII. Temperatur 38,0 — 38,4 — 38,2 — 39,8 (Phenacetin 0,5) 38,0 — 36,8. 2. VII. 37,7 — 36,8 — 39,5 (Phenacetin 0,5) 37,0 — 38,0. 3. VII. 39,5 (Phenacetin 0,5) 37,0 — 36,4 — 38,5 — 38,3. Phenacetin fortgelassen. 4. VII. 38,2 — 36,4 — 39,8 — 38,2 — 37,2. 5. VII. 39,4 — 36,5 — 37,0 — 38,4 — 38,0. 6. VII. 37,8 — 36,6 — 37,0 — 36,5 — 38,8. 7. VII. 38,6 — 36,6 — 36,4 — 36,5 — 36,4 — 38,7. 8. VII. 38,0 — 36,8 — 36,2 — 37,8 — 38,0. 9. VII. 38,2 — 36,4 — 36,3 — 39,8 — 38,0 — 36,8.

Die Pulsfrequenz machte während der ganzen Zeit nicht die gleichen Schwankungen wie die Temperatur, der Puls erhob sich nicht viel über 100, war nie dikrot, aber auch nie gespannt wie ein Nephritispuls. Vom 10. VII. bis 17. VII. erhob sich die Temperatur nicht über 38,0. Rücksichtlich der übrigen Symptome ist Folgendes zu bemerken:

2. VII. Patientin hat öfters Schüttelfröste (den Temperaturmessungen entsprechend) auch in der Nacht. Leberrand als 2 Querfingerbreit zu tief stehend constatirbar (durch Palpation). Milz heute deutlich palpabel. Das Geräusch am Herzen, das bei einer Temperatur von 39,5 nicht zu constatiren war, ist heute abend bei ruhiger Herzaction (76) und normaler Temperatur wieder deutlich.

3. VII. Im Urinsediment heute nur rothe Blutkörperchen nachweisbar.

4. VII. Patientin hat andauernd Schüttelfröste, wenn gleich auch geringer als Anfangs. Im Urinsediment epitheliale Cylinder. Bronchitis ist gebessert.

9. VII. Blut- und Eiweissgehalt des Urins bedeutend geringer, im Sediment nicht immer epitheliale und metamorphosirte Cylinder. Seit gestern kein Schüttelfrost mehr. Dagegen ist das Geräusch am Herzen auch heute zu constatiren, keine Verstärkung des 2. Pulmonaltons keine Erweiterung der Herzdämpfung; nur ist der Spitzenstoss im V. Intercostalraum innerhalb der Mammillarlinie und auch noch Querfingerbreit ausserhalb derselben zu constatiren. Keine bronchitischen Geräusche auf der Lunge.

11. VII. Gruber-Widal'sche Reaction (1:32) makroskopisch und mikroskopisch positiv, eine Bouilloncultur von B. coli commune wird dagegen bei derselben Verdünnung von dem Blutserum der Patientin nicht agglutinirt. Während der ganzen Zeit täglich ein geballter Stuhl.

15. VII. Allgemeinbefinden zufriedenstellend. Im Urin viel Eiweiss, wenig Blut, reichliche epitheliale Cylinder.

18. VII. Aus dem steril mit dem Catheter aufgefangener Urin wachsen über Nacht auf Agarplatten bei 37° zahlreiche Colonien von Bacterium typhi.

20. VII. Im Urin kein Blut, dagegen Eiweiss und epitheliale Cylinder. Das Geräusch am Herzen auch heute deutlich, aber während der Auscultation schon wechselnd. Auf der Bauchhaut einige rothe Flecke, die eventuell Roseolen sein könnten. Vom 18. bis zum 28. waren wieder höhere Temperaturen zu verzeichnen. Morgen- und Abendtemperaturen sind folgende:

18. VII 36,7 — 38,9. 19. VII. 36,6 — 38,6. 20. VII. 38,6 — 39,6. 21. VII. 37,0 — 38,8. 22. VII. 36,8 — 39,0. 23. VII. 36,6 — 39,4 (Phenacetin 0,5). 24. VII. 38,1 — 39,5 (Phenacetin 0,5). 25. VII. 38,5 — 38,4. 26. VII. 38,2 — 38,9. 27. VII. 37,8 — 38,9. 28. VII. 37,4 — 38,6.

Dann folgt bis zum 16. VIII. eine Zeit, in der die Temperatur Anfangs noch leicht febril war, sich aber nachher nicht über 37,0 erhob.

Vom 18.—20. bestand Obstipation. Dann folgt täglich wieder ein fester Stuhl. Am 21. VII. war das Blut aus dem Urin verschwunden, Eiweiss und granulirte Cylinder fanden sich jedoch noch immer vor. Patientin will Schmerzen in der Ileocoecalgegend haben, daselbst jedoch palpatorisch und percussorisch nichts zu constatiren. (Keine Resistenz, keine stärkere Druckempfindlichkeit.) Lunge 0.

22. VII. Heute auch wieder Sanguis im Urin, mikroskopisch: Epithelialcylinder, rothe und weisse Blutkörperchen, Bacterien. Unbestimmte Schmerzen im Abdomen, Ileocoecalgegend nicht druckempfindlich. Schmerzen in den Knie- und Fussgelenken. Herzbefund wie immer. Lunge 0. Seit gestern kein Schüttelfrost mehr.

23. VII. Die Schmerzen localisiren sich heute in der Lumbalgegend, sind aber am 25. VII. angeblich ganz geschwunden. Im Urin Eiweiss und Blut.

2. VIII. Das Geräusch am Herzen nicht mehr zu constatiren. Der Urin enthält noch geringe Mengen Eiweiss und Spuren Blut, die mikroskopische Untersuchung ergibt zahlreiche metamorphosirte Cylinder.

13. VIII, Urin eiweiss- und blutfrei. Temperatur seit 5. VIII. normal. Die Gruber-Widal'sche Reaction, unter denselben Verhältnissen wie früher angestellt, ist abermals und zwar stärker als früher positiv.

16. VIII. Morgens Temperatur 36,8°, Abends nach einem Einlauf starke Schmerzen im Leib mit Erbrechen, Schwindel und mässigem Collaps. Temperatur 38,2°.

17. VIII. Temperatur: 38,2 — 38,7 — 38,0 — 38,6 - 39,3°. Noch starke Schmerzen im Abdomen, schon ganz leichte Percussion ausserordentlich schmerzhaft. Percussionsschall überall tympanitisch. Puls beschleunigt, doch kräftig. Im Urin Sanguis und Albumen.

18. VIII. Schmerzempfindlichkeit des Abdomens geringer. Nachmittags erneutes Erbrechen nicht faeculenter Massen. Temperatur 37,4—37,8°.

19. VIII. Leib mässig aufgetrieben, Palpation weniger schmerzhaft als gestern. Zweimaliges Erbrechen. Ileocoecalgegend besonders empfindlich, hier auf handtellergrossem Bezirk gedämpfter, sonst überall tympanitischer Schall. Leberdämpfung erhalten. Die Diagnose wird gestellt auf circumscripte exsudative Peritonitis. Puls regelmässig, nicht weich, mässig kräftig. Temperatur 37,4 bis 37,0°.

21. VIII. Wiederum zweimaliges Erbrechen weder blutiger noch faeculenter Massen. Leib stark gespannt. Urinentleerung sehr erschwert, so dass zweimalige Katheterisation nöthig ist. Temperatur normal. Puls schlecht, so dass neben Digitalissuppositorien Kampherspritzen nothwendig werden.

22. VIII. Heute morgen spontan Entleerung von geballtem Stuhl. Einmaliges geringes Erbrechen. Katheterisation nicht mehr nöthig. Temperatur normal, Puls besser.

25. VIII. Abdomen kaum mehr druckempfindlich (auch in der linken Seite), Stuhl spontan. Puls kräftig, voll. Allgemeinbefinden zufriedenstellend. Im Urin kein Sanguis, nur Spuren von Albumen.

28. VIII. Abdomen weich, gar nicht mehr schmerzhaft. Temperatur andauernd normal.

30. VIII. Patient klagt über anfallsweise auftretende Schmerzen in der Nabelgegend. Während der Attaquen wird der vorher weiche Leib um den Nabel herum hart und bläht sich auf. Man hat das Gefühl von sich spannenden Därmen. Nach kurzer Zeit verschwinden die Schmerzen, während unter metallischem Glucksen Luft nach dem linken Hypochondrium zu entweichen scheint, zugleich verschwindet die Resistenz, Leib nur wenig druckempfindlich, keine abnorme Dämpfung. Augenscheinlich handelt es sich, da Patientin auch erbricht, (gelb gefärbte, nicht faeculente Massen) um eine leichte Passagestörung, vielleicht in Folge peritonitischer Stränge.

31. VIII. Während der Nacht Ruhe, kein Erbrechen, keine Schmerzen. Leib weich. Lunge, Leber, Milz, Herz ohne Besonderheiten.

3. IX. Patient hat ab und zu stechende Schmerzen, die in den linken Oberschenkel ausstrahlen, im Uebrigen Wohlbefinden. Leib nicht druckschmerzhaft. Stuhlgang und Urinlassen ohne Beschwerden. Temperatur während der ganzen letzten Zeit normal.

Am 4. IX. Abends erfolgte noch einmal ein vorübergehender Temperaturanstieg auf 39,2, es traten wieder Leibschmerzen auf, die jedoch am nächsten Tage normaler Temperatur und völliger Schmerzlosigkeit Platz machten.

8. IX. Urin eiweissfrei.

2. X. Urin andauernd eiweissfrei. Patientin wird als geheilt entlassen.

Beim Eintritt der Patientin liess sich also alles Andere eher als ein Abdominaltyphus vermuthen. Und es wurde in der That zunächst auch an eine Blutung aus den Nierengefässen, wie solche ja auf Grund haemorrhagischer Diathese beobachtet sind, gedacht, zumal da das Sediment des Urins ausser einzelnen unwichtigen Plattenepithelien nur aus rothen Blutkörperchen zu bestehen schien. Etwa jetzt schon vorhandene Epithelialcylinder wurden offenbar durch die massenhaften rothen Blutkörperchen verdeckt. Daneben fand sich Muskelrheumatismus, der auf Phenacetin prompt reagirte und ein Geräusch am Herzen, das wegen der fehlenden Verstärkung des zweiten Pulmonaltons als accidentell angesprochen wurde. Dass diese Auffassung in der That richtig war, zeigte der weitere Verlauf der Krankheit. Die Temperatursteigerung war nur gering und die Curve für keine Krankheit charakteristisch.

Erst am 30. VI. erfolgte unter Schüttelfrost ein plötzlicher Temperaturanstieg auf 40,2. Zugleich waren die Veränderungen des Urins derart (zahlreiche epitheliale Cylinder), dass man jetzt sicher eine Nephritis diagnosticiren konnte, obwohl viele Symptome der acuten parenchymatösen Nephritis, wie Oedeme, gespannter Puls, uraemische Erscheinungen, nicht zu constatiren waren und auch während des ganzen Verlaufs der Krankheit nicht auftraten. Eine Verminderung der Diurese liess sich auch nur während der ersten 3 Tage der Erkrankung (Menge des Urins (800—1000) nachweisen. Dazu trat an diesem Tage eine beginnende Bronchitis. Man hätte also heute die ganze Erkrankung als Nephritis auffassen können, wenn nicht die hohe Temperatur, ganz abgesehen von den übrigen oben genannten Nephritissymptomen, gegen einen Morbus Brightii und für eine Infectionskrankheit gesprochen hätte. Dass in der That eine solche anzunehmen war, bewies am 2. VII. die Schwellung der Leber und vor Allem die der Milz. Wenn nun auch eine klinisch nachweisbare Milzschwellung bei weitem am häufigsten von allen Infectionskrankheiten dem Typhus abdominalis zukommt, so wird sie doch bei anderen, speciell bei Miliartuberculose und vor Allem bei Sepsis, durchaus nicht immer vermisst. Andererseits sprach direct für Typhus abdominalis kaum etwas, mit Ausnahme vielleicht von der angedeuteten relativen Pulsverlangsamung. Letztere war aber zu wenig ausgesprochen, um schwer in's Gewicht zu fallen. Die Schüttelfröste und die Temperaturcurve liessen sich weit eher für eine Sepsis verwerthen, und letztere Diagnose wäre vielleicht auch gestellt worden, wenn nicht eine Endocarditis gefehlt hätte. Das Geräusch am Herzen hatte aber schon mehrere Male reinen Tönen Platz gemacht, so dass die Annahme einer Endocarditis nicht anging. Es blieb also auch heute noch ein non liquet der Diagnose übrig. Ausdrücklich erwähnen möchte ich, dass die Fiebercurve während der 4 ersten Tage der höheren Temperaturen nicht gut zu verwerthen ist, da die Patientin Phenacetin erhielt. Seit dem 4. VII. bekam die Patientin kein Antifebrile mehr, während die Schüttelfröste noch einige Tage anhielten und sich auch starke Remissionen der Temperatur bemerkbar machten.

Klarer wurde der Fall erst, als die am 11. VII. angestellte Gruber-Widal'sche Reaction ein unzweifelhaft positives Resultat ergab und eine zu gleicher Zeit vorgenommene Prüfung einer Cultur von B. coli commune mit demselben Serum bewies, dass es sich um eine specifische Wirkung desselben handelte. Nun hat v. Leube[16]) zwar darauf aufmerksam gemacht, dass diese Reaction nur dann absolut beweisend ist, wenn sie im Anfang negativ sei und im Verlauf der Erkrankung allmählich positiv werde, da die Reaction noch lange Zeit nach der Abheilung des Typhus zu constatiren sei, und man nie wissen könne, ob der Patient schon vorher einen ganz leichten Typhus (levissimus, ambulatorius) überstanden habe.

Vorgreifend möchte ich erwähnen, dass sich auch dieses Postulat v. Leube's später bis zu einem gewissen Grade eingestellt hat; denn eine am 13. VIII. nach der Entfieberung unter denselben Bedingungen wie am 11. VII. angestellte Reaction liess eine deutliche Steigerung der Intensität erkennen. Während das erste Mal bis zum Eintritt der mikroskopischen Reaction etwa 15 Minuten, bis zum Eintritt der makroskopischen etwa 45 Minuten verstrichen, war beim zweiten Mal mikroskopisch sofort, makroskopisch nach einigen Minuten die Agglutination und Immobilisation zu erkennen.

Es ist das ein so starker Ausfall der Reaction[17]), wie ich ihn bisher nur noch einmal unter den in der Würzburger Klinik beobachteten und kürzlich von Kraus in einer Dissertation zusammengestellten Fällen gesehen habe.

Es handelte sich dabei um einen in der zweiten Woche ad exitum gekommenen Patienten, der die ausgedehntesten typhösen Veränderungen im Darm aufwies.

Wenn also auch am 11. VII. die Reaction im Sinne v. Leube's noch nicht absolut beweisend war, so konnte man sie immerhin auch heute schon als ein schwer für die Diagnose Typhus in's Gewicht fallendes Symptom betrachten. Von sonstigen Symptomen liessen sich nur die Milzschwellung und eventuell die geringe, eine Zeit vorhandene Pulsverlangsamung verwerthen. Die Temperaturcurve blieb durchaus uncharakteristisch, auf den Darm wies nichts hin; es erfolgte täglich einmal geballter Stuhl.

Der am 18. VII. erbrachte Nachweis von Bacterium typhi in dem noch immer reichlich Eiweiss, Blut und epitheliale Cylinder enthaltenden Urin zerstreute vollends jeden Zweifel. Obwohl von dem steril entleerten Harn zum ersten Agarröhrchen nur 2 Tropfen und von dieser Mischung zum zweiten Agarröhrchen wiederum nur einige Platinösen gethan wurden, so zeigte doch auch die zweite Platte noch zahlreiche Colonien einer und derselben Bacterienart, die über Nacht im Brutofen wuchsen. Es handelte sich um kleine, weissliche, runde Colonien, die sich bei mikroskopischer Untersuchung als glattrandig und homogen bis fein punctirt erwiesen. Im hängenden Tropfen fanden sich lebhaft bewegliche, zum Theil zu Fäden ausgewachsene Bacterien. Eine Schüttelcultur mit Traubenzuckeragar liess keine Gasbildung erkennen. **Bei Zusatz von Serum eines Typhuskranken zu einer Bouilloncultur wurden die Bacterien agglutinirt.** Die übrigen für die Diagnose einer Bacterienart in Betracht zu ziehenden Merkmale, wie Färbbarkeit nach Gram, Gelatinecultur, Milchcoagulation, Indolbildung etc. konnten leider

[16]) Ref. Münch. med. Wochenschr. 1898 und Specielle Diagnose innerer Krankheiten. V. Auflage, p. 464.

[17]) Gelegentlich möchte ich auf eine besonders bequeme und doch genaue Art, die Gruber-Widal'sche Reaction anzustellen, hinweisen, die allerdings in dem oben beschriebenen Fall noch nicht zur Anwendung gekommen ist. Widal hat schon darauf aufmerksam gemacht, dass zur Reaction nicht unbedingt Serum nothwendig ist, sondern dass auch Blut (eventuell sogar altes angetrocknetes) genügt. Zweckmässig kann man daher in den Mélangeur des Thoma-Zeiss'schen Zählapparates, der zum Zählen der weissen Blutkörperchen bestimmt ist, das aus einem Stich in die Fingerkuppe oder das Ohrläppchen des Patienten hervorquellende Blut bis zur Marke 0,5 und destillirtes Wasser bis zur Marke 11 ansaugen und gut mischen. Ein Platinöse des nun lackfarbenartig gewordenen Blutes mischt man auf dem Deckgläschen mit 1 Platinöse Bouilloncultur. Die sich so ergebende Verdünnung von 1:40 ist eine für die Anstellung der Reaction geeignete.

nicht mehr geprüft werden, da die Platten zu lange im Brutofen verweilt hatten und ausgetrocknet waren. Doch glaube ich, dass die Diagnose Bacterium typhi auch so absolut sicher ist wegen der (eine wichtige Unterscheidung von B. coli bedingenden,) fehlenden Vergährung des Traubenzuckers und vor Allem wegen der Agglutination der Bacterien durch Typhusserum.

Obwohl somit die Diagnose Typhus sicher stand, bot doch der weitere Verlauf der Erkrankung nichts Charakteristisches für diese Erkrankung dar. Trotz täglichen Suchens fanden sich erst am 20. VII. auf der Bauchhaut einige durch Hyperaemie bedingte rothe Flecke, die bald wieder verschwanden und gegen deren Deutung als Roseolen wenigstens nichts sprach. Auch das seit dem 18. XII. wieder aufgetretene Fieber wies bei höheren Abendtemperaturen (bis 39,5 °) so tiefe Morgenremissionen (bis unter 37,0 °) auf, dass es nicht direct für Typhus sprach. Dabei bestanden die Nephritissymptome, Albumin und epitheliale Cylinder im Harn, noch immer fort, während das Blut tageweise verschwand und neue Erscheinungen der Nierenaffection (Oedeme, gespannter Puls) nicht hinzutraten.

Am 5. VIII. war die Temperatur wieder zur Norm herabgesunken und einige Tage darauf der Urin vollkommen normal. Auch die Herztöne waren rein. Die jetzt angestellte Gruber-Widal'sche Reaction ergab, wie schon erwähnt, sehr stark positiven Ausfall. Die Patientin war in der Reconvalescenz begriffen, da trat in dem Fall, der bis dahin gar keine Darmerscheinungen geboten hatte, die fatalste Darmerscheinung, die Peritonitis, im Anschluss an ein wegen bestehender Obstipation verabfolgtes Klystier ein. Alle Symptome, Temperatursteigerung, Erbrechen, Collaps. erschwerte Urinentleerung, excessive Schmerzhaftigkeit, die sich besonders in der rechten Unterbauchgegend localisirte, und schliesslich eine circumscripte Dämpfung an dieser Stelle liessen sich constatiren. Zugleich nahm auch der Urin wieder die Charaktere der haemorrhagischen Nephritis an. Besonders hervorheben möchte ich noch den ausserordentlich späten — es handelte sich um den 50. Krankheitstag — Eintritt der Complication. Curschmann erwähnt ebenfalls, dass sie noch nach dem 50. und 60. ja einmal nach dem 100. Krankheitstage eingetreten sei. Unter 73 Perforationsperitonitiden bei Typhus abdominalis hat er 6 nach dem 40. Krankheitstage entstehen sehen. Ferner weist Curschmann darauf hin, dass eine Perforationsperitonitis bisweilen in einen bis dahin unter ganz zweifelhaften Störungen verlaufenen Typhus erst Klarheit bringen kann[18]. Auch der beschriebene Fall dürfte vielleicht einen Beweis für diese Behauptung geliefert haben, wenn nicht auf bacteriologischem Wege die Diagnose schon früher möglich gewesen wäre.

Die bedrohlichen Symptome der Peritonitis währten in unserem Falle allerdings nur vom 16. VIII. bis 22. VIII., doch traten später, nachdem die Schmerzhaftigkeit schon ganz verschwunden war, noch einmal Erscheinungen von Seiten des Peritoneums auf, so dass man sich am 30. VIII. berechtigt glaubte, peritonitische Stränge diagnosticiren zu dürfen; ja die Krankheit schien noch einmal gefahrdrohend werden zu wollen, als am 4. IX. die Temperatur auf 39,2 anstieg. Aber schon am nächsten Tage erfolgte ein vollkommener Abfall zur Norm, zugleich wurde und blieb die Patientin schmerzfrei. Am 8. IX. war auch aus dem Urin jede Spur von Eiweiss verschwunden und am 2. X. konnte die Patientin als geheilt entlassen werden.

Wenn sich die Bezeichnung «renaler Typhus» oder «Nephrotyphus» überhaupt rechtfertigen lässt, so ist, glaube ich, unser letzter Fall, bei dem Hervortreten der Nierensymptome und dem Zurücktreten bezw. Fehlen der «classischen» Typhussymptome mehr als alle bis jetzt beschriebenen dazu angethan, ihr zu ihrem Recht zu verhelfen. Suche ich nach den von Amat als charakteristisch hingestellten Symptomen, so finde ich allerdings die entsprechende Veränderung des Harns, das Fehlen von Darmerscheinungen, volle 8 Wochen lang und als mehr nebensächliches Symptom Nasenbluten, das unsere Patientin anamnestisch angibt. Dagegen vermisse ich hyperpyretische Temperaturen, heftige Delirien und starke Abgeschlagenheit. Das Allgemeinbefinden der Patientin war verhältnissmässig gut; sogar starke Kopfschmerzen wurden nicht geklagt. Und schliesslich war das Zurücktreten der Darmsymptome auch nur scheinbar; wie es ja eine bekannte Thatsache ist, dass ein Typhöser, der während der ganzen Krankheit normalen oder gar angehaltenen Stuhl hatte, post mortem die schwersten Darmerscheinungen aufweist.

Amat hat nun allerdings bei den Patienten, die er obducirte, merkwürdig wenig von typhösen Veränderungen im Darmtractus gefunden; in unserem Fall müssen jedoch tiefergreifende Darmveränderungen dagewesen sein. Das beweist die Perforationsperitonitis.

Ueber die ungünstige Prognose, die Amat angibt (5/6 Mortalität), kann ich mich natürlich bei den zwei Fällen nicht äussern, muss mich also auf Grund der mitgetheilten Beobachtungen mehr auf die Seite der deutschen Autoren (Homburger, Weil, Curschmann) wie auf die der französischen (Gabler, Robin, Amat) stellen. Ausserdem möchte ich aber betonen, dass die Infection mit Bacterium typhi nicht nur im Beginn der Erkrankung, sondern auch während des ganzen Krankheitsverlaufes neben mehr allgemeinen Erscheinungen der Infection (z. B. Fieber) nur Symptome machen kann, die sich auf die Nieren beziehen, und dass die Kenntniss dieser Thatsache grossen praktischen Werth hat.

Es dürfte rathsam sein, in jedem Fall von Nephritis, die als sogen. idiopathische Nephritis imponirt und dabei hohe Temperaturen aufweist, durch die bacteriologische Untersuchung des Harns und die Anstellung der Gruber-Widal'schen Reaction auf eine Infection mit Bacterium typhi zu fahnden.

Was der Fall sonst noch Interessantes bietet, ist gelegentlich erwähnt und soll nicht noch einmal hervorgehoben werden.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. v. Leube, meinem hochverehrten Lehrer, für die Ueberlassung des Materials meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

[18]) l. c.

Aus der k. medicinischen Universitäts-Poliklinik in Halle a. S. (Director: Prof. v. Mering).

Ueber die therapeutische Anwendung des Jodipins bei Asthma bronchiale und bei Emphysem.

Von Dr. *Otto Frese*, Assistenzarzt an der med. Poliklinik.

Von der Firma E. Merck in Darmstadt wird in neuester Zeit ein Jodpräparat in den Handel gebracht, das den Namen Jodipin führt und eine Additionsverbindung von Jod und Sesamöl resp. Mandelöl darstellt.

Von anderen, Jod und Fett enthaltenden Präparaten, wie dem Jodvasogen und Jodvasol unterscheidet es sich dadurch, dass es eine wirkliche chemische Verbindung zwischen Jod und Fett darstellt, während es sich bei den letzteren im wesentlichen um eine Lösung von Jod in Kohlenwasserstoffen von dem Typus des Vaselins handelt. Das Jodipin unterscheidet sich dem Geschmack und Aussehen nach in keiner Weise von dem zu seiner Darstellung benutzten Fett. Es ist äusserst beständig und selbst bei monatelanger Aufbewahrung findet keine Abspaltung von freiem Jod statt. Im Körper wird es, wie die Thierversuche von H. Winternitz[1]) ergeben haben, teils gespalten, teils für kürzere oder längere Zeit als solches in den verschiedensten Organen, namentlich aber im Fettgewebe abgelagert. Bei der durch Thierversuche dargethanen Unschädlichkeit des Präparates lag es nahe[2]), dasselbe beim Menschen in solchen Fällen zu versuchen, in denen man auch sonst vom Jod, in Form der Jodalkalien, eine günstige Einwirkung erwartet.

An der hiesigen Poliklinik wurde das neue Mittel bei einer ganzen Anzahl von Patienten in Anwendung gezogen. Teils handelte es sich dabei um Erkrankungen an Lues, teils um Erkrankungen der Athmungsorgane. Im Folgenden will ich mich auf die Darlegung der Resultate beschränken, die sich in Fällen

[1]) H. Winternitz: Ueber Jodfette und ihr Verhalten im Organismus, nebst Untersuchungen über das Verhalten von Jodalkalien in den Geweben des Körpers. Hoppe-Seyler's Zeitschr. f. phys. Chemie Bd. XXIV, S. 425.

[2]) Siehe die vorläufige Mittheilung von H. Winternitz: Ueber das Verhalten von Jodfetten im Organismus und ihre therapeutische Verwendung. Deutsch. med. Wochenschr. 1897, No. 23.

von Asthma bronchiale und bei Lungenemphysem, begleitet von chronischer Bronchitis, mit anfallsweisem Auftreten von Dyspnoe, ergaben, da ich Gelegenheit hatte, eine grössere Anzahl solcher Fälle zu beobachten.

Es wurde ein 10 Proc. Jod enthaltendes Präparat benutzt und davon täglich 2—3 Theelöffel voll gegeben. Ein Theelöffel voll, zu 3,5 g angenommen, würde also 0,35 Jod enthalten, entsprechend 0,457 Jodkalium. Die täglich dargereichte Menge Jod hielt sich also unterhalb der sonst üblichen Jodgabe in Form des Alkalisalzes.

Die meisten Kranken nahmen das Jodipin ohne Widerwillen, nur eine Patientin erklärte nach 8 tägigem Gebrauch des Mittels, es wegen seines öligen Geschmackes nicht weiter einnehmen zu können.

Es sei von vorneherein bemerkt, dass in allen Fällen eine Einwirkung des Jodipins auf den Krankheitsverlauf festzustellen war, in fast allen eine sehr günstige, in manchen Fällen eine überraschend gute.

Im Ganzen nahmen 13 Patienten mit asthmatischen Beschwerden das Jodipin. In 6 Fällen handelte es sich um reines Asthma bronchiale, in 7 Fällen um asthmatische Beschwerden bei chronischem Emphysem und Bronchitis. Einige der Fälle mögen im Folgenden etwas ausführlicher wiedergegeben werden.

I. Fall. Frieda N., 18 Jahre (Asthma bronchiale).

Seit dem 11. Lebensjahre Asthma; seit 3 Jahren Häufung der Anfälle. 2 malige Luftveränderung brachte nur geringe Besserung. Jodkali wurde wiederholt in grossen Dosen genommen, half nur für kurze Zeit und schliesslich fast gar nichts mehr. Die Anfälle traten in letzter Zeit fast täglich auf.

Vom 20. November an 4 Tage lang 2 mal tägl. ein Theelöffel voll Jodipin. Seitdem bis Mitte December kein neuer Anfall.

Dann Wiederauftreten des Asthmas. Jodkali (ca. 2,0 g pro die) brachte vorübergehende Besserung, doch traten die Anfälle sofort nach Aussetzen des Mittels mit alter Heftigkeit wieder auf.

Vom 9. I. bis 25. I. 1899 wieder Jodipin. 2 Theelöffel voll täglich. Während der ganzen Zeit kein Anfall. Das Allgemeinbefinden besserte sich, Husten und Auswurf verschwanden. Unangenehme Joderscheinungen wurden nicht beobachtet. Vor Beginn der Medication über beiden Lungen reichliche, trockene bronchitische Geräusche; nach 14 Tagen war ausser den Zeichen einer chronisch gewordenen Lungenblähung nichts Krankhaftes nachzuweisen.

Fall II. Frau Fr., 30 Jahre. (Emphysem. Chron. Bronchitis Asthmatische Beschwerden.)

Litt schon als Schulmädchen manchmal an «Kurzathmigkeit», Seit 3 Jahren Husten mit anfallsweise sich verschlimmernder Kurzathmigkeit. Hat niemals etwas Rechtes gegen ihre Krankheit gethan.

10. I. 1899. Starke Lungenblähung. Diffuse Bronchitis. 2 mal täglich ein Theelöffel Jodipin.

12. I. Es ist kein neuer Anfall von Athemnoth aufgetreten, aber noch «Pfeifen» beim Treppensteigen.

19. I. Vollkommen wohl. Das «Pfeifen» hat aufgehört. Patientin, die früher häufig obstipirt war, hat jetzt täglich Stuhl.

23. I. Bis heute Jodipin. Wohlbefinden.

3. II. Befindet sich andauernd wohl.

III. Fall. Frau Sch., 60 Jahre, Emphysem. Chronische Bronchitis Asthmatische Beschwerden.

Seit 3½ Jahren asthmatische Beschwerden. In letzter Zeit circa ein Dutzend Anfälle von Athemnoth am Tage; muss sich Nachts 5—6 mal aufsetzen.

9. I. 1899. 3 mal täglich ein Theelöffel Jodipin.

15. I. Am 10. und 11. leichter Schnupfen. Am 3. Tage Nachlass aller Krankheitserscheinungen. Braucht nur gegen Morgen noch einmal im Bett aufzusitzen. Am 13. I. gar kein Anfall. Auswurf geringer und lockerer. Appetit besser. Stuhlgang, früher nur alle zwei Tage, jetzt täglich.

22. I. In der letzten Woche nur einigemale kurze Andeutung eines Anfalls von Kurzathmigkeit.

31. I. In der vergangenen Woche ist kein solcher Anfall aufgetreten. Hustet noch etwas, aber ohne Anstrengung. Keine Jodsymptome. Jodipin ausgesetzt.

Patientin ist nach eigener Angabe in den letzten Jahren noch niemals eine solch' lange Zeit von asthmatischen Beschwerden frei gewesen.

IV. Fall. Clara Sch., 11 Jahre, Emphysem. Chronische Bronchitis. Asthmatische Beschwerden.

Seit dem 2. Lebensjahre Husten und «Asthmaanfälle». Emphysem. Chronische Bronchitis. Dauernde Kurzathmigkeit, die sich zeitweise zu asthmatischen Anfällen steigert.

Im Verlaufe des October und November 1898 wurde wiederholt 8—14 Tage lang Jodipin (2 mal täglich ein Theelöffel) gegeben Jedesmal erhebliche Besserung aller Erscheinungen; doch setzten die asthmatischen Anfälle nach Aufhören mit der Medication bald wieder ein. Der Bronchialkatarrh verschwand niemals völlig. Jodkali in grossen Dosen verhielt sich ebenso.

V. Fall. Fr. W., Agent, 54 Jahre. Asthma bronchiale.

Seit 20 Jahren Asthma bronchiale. In letzter Zeit alle 4 bis 5 Tage ein Anfall, der bei Morphiumgebrauch ungefähr ½ Stunde dauert. Patient hat früher reichlich Jodkali genommen, schliesslich ohne jeden Erfolg.

31. XII. 1898. Emphysem, diffuse trockene Bronchitis. 3 mal täglich ein Theelöffel Jodipin.

2. I. 1899. Fühlt sich freier, die Nasenschleimhäute schmerzen etwas.

8. I. Mittags etwas Frösteln am Körper und Hitze im Gesicht, aber kein Anfall. Husten lockerer.

12. I. Gutes Befinden. Vorgestern und gestern ¼ resp. ½ Stunde lang etwas schwerathmig, aber kein eigentlicher Asthmaanfall. Stuhl früher häufig angehalten, jetzt täglich.

15. I. Das Jodipin wird von heute an fortgelassen. Schon am Abend zuvor geringe Schwerathmigkeit, steigert sich zu mittelschwerem Asthmaanfall (Patient nimmt, wie während der ganzen Jodipinperiode kein Morphium). Uebelkeit, kein Erbrechen.

17. I. Wieder ganz wohl.

25. I. Es ist kein Anfall wieder aufgetreten. Der Urin enthält (10 Tage nach Aussetzen des Jodipins) noch Spuren Jod.

30. I. Kein neuer Anfall. Wiederaufnahme des Jodipingebrauchs. 2 mal täglich ein Theelöffel.

5. II. Es ist kein Anfall wieder aufgetreten.

VI. Fall. Frau Gr. 56 Jahre. Emphysem. Chronische Bronchitis. Asthmatische Beschwerden.

Seit vielen Jahren kurzathmig. In letzter Zeit anfallsweise Steigerung der Dyspnoe.

6. I. Sehr heruntergekommene Frau. Kyphoskoliose. Emphysem. Diffuse Bronchitis, Orthopnoe. Jodipin 3 mal täglich ein Theelöffel.

8. I. Athemnoth nur noch unbedeutend; Husten ist lockerer; fühlt sich besser. Bronchiale Geräusche haben sich an Zahl verringert.

12. I. Keine Athemnoth mehr. Appetit gut. Schläft besser.

16. I. Jodipin fortgelassen.

24. I. Urin enthält noch Spuren Jod.

30. I. Befinden gut. Ruhige Athmung. Auswurf unbedeutend. Nur noch spärliche bronchitische Geräusche.

Im Folgenden sei der einzige Fall erwähnt, bei dem kein besonders günstiger Erfolg mit dem Jodipin erzielt wurde; theilweise wohl veranlasst durch das zu frühzeitige Aufhören mit der Medication, da die Patientin sich der weiteren Behandlung entzog.

VII. Fall. Fr. B., 58 Jahre. Emphysem. Chronische Bronchitis. Asthmatische Beschwerden.

Litt schon im Kindesalter viel an Husten, im höheren Alter dauernder Katarrh. In letzter Zeit beständig kurzathmig mit zeitweiliger Steigerung der Athemnoth; muss sich Nachts oft im Bette aufsetzen. Schleimig eitriger, massenhafter Auswurf. Emphysem. Diffuse Bronchitis.

6. I. Jodipin: 3 mal täglich ein Theelöffel.

8. I. Mehreremale Durchfall. Steht nach Opium.

9. I. Heute einigemale Erbrechen. Fühlt sich schlecht. Athemnoth geringer. Husten erfolgt leichter. Keine Jodsymptome.

15. I. Das Erbrechen hörte am 11. I. auf. Der Husten ist lockerer. Patientin kann etwas aufstehen; erklärt, «das Oel» nicht länger nehmen zu können. Patientin entzog sich der weiteren Beobachtung.

Zum Schluss erwähne ich noch einen Fall von Asthma bronchiale, der dadurch Interesse hat, dass er die günstige Einwirkung des Jodipins erkennen lässt, trotzdem das Asthma hier mit grosser Wahrscheinlichkeit durch adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum hervorgerufen wurde.

VIII. Fall. Karl F. 10 J. Asthma bronchiale. Im 3. Lebensjahre Croup, seitdem Asthma, namentlich im Frühjahr und Herbst. Im 7. Lebensjahre Auskratzung des Nasenrachenraums, danach ½ Jahr lang anfallsfrei. Jetzt seit 3 Wochen jeden Abend ein Asthmaanfall, dauert circa bis 3 Uhr Morgens.

11. I. Lungenblähung. Diff. Bronchitis. Reichliche adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum. Jodipin 2 mal täglich ein Theelöffel.

18. I. Bedeutende Besserung. Husten lockerer. Die Anfälle sind viel schwächer und dauern nicht mehr so lange.

30. I. Seit dem 18. I. kein Asthmaanfall mehr. Patient schläft die ganze Nacht ruhig. Husten gering und locker. Guter Appetit. Täglich 1—2 breiige Stühle (früher angehalten). Keinerlei Jodsymptome. Heute Jodipin fortgelassen.

7. II. Hat keinen Anfall wiederbekommen. Bronchitische Geräusche sind nicht mehr zu hören.

Soviel steht jedenfalls nach unseren Beobachtungen fest, dass wir im Jodipin ein Mittel besitzen, welches in gleichem Sinne wirksam ist, wie die in solchen Fällen gewöhnlich angewandten Jodalkalien.

Vom pharmacologischen Standpunkt aus ist dies nicht ohne Interesse. Die meisten Autoren (Buchheim-Schmiedeberg) schreiben die Wirksamkeit der Jodalkalien nicht allein dem Jod, sondern in vielleicht noch höherem Maasse der allgemeinen Salzwirkung zu und erklären so z. B. die grössere Wirkung des Jodkali gegenüber dem Jodnatrium.

Beim Jodipin ist nun an irgend eine Salzwirkung nicht zu denken, trotzdem beeinflusst es pathologische Zustände in gleichem Sinne wie die Jodalkalien. Es ist daher anzunehmen, dass auch bei Anwendung der letzteren das frei werdende Jod doch wohl die Hauptrolle bei der therapeutischen Wirkung spielt.

Wenn die Jodfette und die Jodalkalien sich in ihrer Wirkung gar nicht unterscheiden würden, so läge eigentlich kein Grund vor, ein neues Präparat, wie das Jodipin, einzuführen, es sei denn der, dass es manchmal angenehm sein kann, bei langdauernden Krankheiten mit einem Mittel abwechseln zu können.

Doch hat das Jodipin meiner Ansicht auch besondere Vorzüge vor dem Jodkali.

Einmal schädigt es den Magen in keiner Weise, während es den Darm zu einer manchmal ganz erwünschten Peristaltik anregt.

Intoxicationserscheinungen wurden bei den von mir gegebenen Dosen niemals beobachtet. Selbst Schnupfen wurde nur einmal vorübergehend notirt. Zweimal klagten Patienten über Uebelkeit, bei einem derselben kam es auch zu Erbrechen und Durchfall, doch war es in beiden Fällen zweifelhaft, ob dem Jodipin diese Erscheinungen zur Last gelegt werden durften, zumal alle andern Zeichen des Jodismus fehlten. Conjunctivitis, stärkeres Kopfweh, Jodakne wurde in keinem Falle beobachtet.

Ein weiterer Vorzug des Jodipins scheint seine länger anhaltende günstige Nachwirkung zu sein, wie ich sie mehrere Male beobachtete. Die Fälle I, V und VIII sind gute Beispiele dafür, wie sich nach dem Aussetzen des Mittels längere anfallsfreie Zeiten anschlossen, während nach Sistirung des Jodkaligebrauchs alsbald das Asthma in alter Stärke wieder auftrat. So hatte Frl. N. (Fall I) nach 4 tägigem Jodipingebrauch 3 Wochen lang keinen Asthmaanfall, während vor dieser Zeit kaum ein Tag ohne einen solchen vorübergegangen war. Der Patient W. (Fall V), vor der Medication alle 4—5 Tage vom Asthma befallen, blieb nach der letzten Gabe des Jodipins 14 Tage lang anfallsfrei und ist es, bei nunmehriger Wiederaufnahme der Jodfettzufuhr, bis heute geblieben. Aehnlich verhielten sich noch einige andere Fälle.

Eine Erklärung für diese auffallende Erscheinung finde ich in dem längeren Verweilen des Jodfetts im Körper gegenüber den Jodalkalien. H. Winternitz hat gezeigt, dass sich bei Thieren noch wochenlang nach der letzten Gabe von Jodfett in allen Organen des Körpers, namentlich im Fettgewebe, solches vorfindet und als Alkalisalz zeitweise auch mit dem Harn ausgeschieden wird. Ich selbst konnte in den Fällen, die ich daraufhin untersuchte, noch am 8. bis 10. Tage nach Aussetzen des Mittels Jod im Harn nachweisen, während bei Jodkaligebrauch am 3. Tage gewöhnlich die letzte Spur Jod aus dem Urin verschwunden ist.

In Folge dieser Eigenschaft des Jodipins, lange im Körper zu verweilen, kann man das Mittel zeitweise aussetzen, um es dann nach mehreren Tagen wieder zu verordnen. Man hat so den Vortheil, Jod längere Zeit anwenden zu können, ohne unangenehme Intoxicationserscheinungen fürchten zu müssen.

Schliesslich möchte ich noch erwähnen, dass mir in einigen Fällen auch die momentane Wirkung des Jodipins eine kräftigere als die der Jodalkalien zu sein schien. Einige Patienten, denen man ein gewisses Urtheil zutrauen konnte, da sie bei ihrem langjährigen Leiden fast alle gebräuchlichen Mittel durchprobirt hatten, sprachen sich in demselben Sinne aus.

In der schnelleren oder langsameren Resorption der Jodfette, bezw. der Jodalkalien, kann der Grund hierfür nicht gefunden werden. Diese ist bei beiden Mitteln gleich prompt. Auch nach Einnahme von Jodfett erscheint spätestens nach 20 Minuten schon Jod im Urin — nebenbei gesagt ein hübsches Beispiel für die Schnelligkeit unserer Organarbeit; wird doch das Jodfett vom Magen nicht resorbirt, es muss also zuerst in den Darm geschafft werden, hier resorbirt, dann im Blute oder den übrigen Geweben des Körpers oxydirt werden, ehe es im Harn als Jodalkali erscheinen kann.

Möglicher Weise liegt die erwähnte kräftigere Wirkung des Jodipins gegenüber den Jodalkalien daran, dass in ersterem Falle freies Jod in grösserem Massstabe in Wirksamkeit tritt und an den verschiedensten Localitäten des Körpers Gelegenheit hat, in statu nascendi auf die Gewebe einzuwirken.

Alles in Allem kann man sagen, dass wir im Jodipin ein treffliches Mittel besitzen, das bei bestimmten Erkrankungen der Athmungsorgane in ähnlicher und manchmal günstigerer Weise wirkt wie die bisher gebräuchlichen Jodalkalien.

Ein Fall von Myositis ossificans progressiva.

Von Dr. *Morian* in Essen a. Ruhr.

M. H.! Gestatten Sie mir einige Worte zur Demonstration eines Knaben mit Myositis ossificans progressiva. Glücklicher Weise ist dieses unheilbare Leiden nicht häufig. Matthes zählte in seiner jüngsten Zusammenstellung (Centralbl. f. d. Grenzgebiete d. Medicin u. Chirurgie) 42 Fälle auf, davon gehören einige aber sicher nicht zur progressiven Form der Muskelverknöcherung.

Der 4¼jährige Knabe G. Sch. stammt aus einer Familie, in der weder Missbildungen, noch Geistes- und Nervenkrankheiten, auch nicht Syphilis oder Tuberculose nachzuweisen sind. Von Geburt an waren seine beiden grossen Zehen zu klein. Mit einem Jahre begann er zu laufen. Ein halbes Jahr später machte er ein schweres Brustfieber durch, das mehrere Wochen anhielt, darnach hatte er das Wasser und war fast am ganzen Leibe geschwollen. Er genass nach einem Monate durch heisse Bäder und Schwitzen. Im Februar 1897 überstand er leicht die Masern. Um Ostern 1897 fiel der Knabe zweimal eine 14 Stufen hohe Teppe hinunter, ohne sich erheblich zu beschädigen. Bald darauf liess ihn Jemand vom Arme fallen, mit dem Nacken auf einen Stein. Nun begann der Nacken, dann auch der Kopf zu schwellen. Herr Sanitätsrath Dr. Marx, dem ich diesen Fall verdanke, sah den Knaben, als an der Stirn eine Beule aufgetreten war, die er für einen Bluterguss ansprach. Die Stirnhaut färbte sich später auch bläulich. Im Allgemeinen bot die Haut aber keine Zeichen von Erkrankung, besonders war sie nicht entzündet, über Schmerzen klagte der Patient nur, wenn man die durch die Haut sichtbar und fühlbar geschwollenen Schichten betastete. In Zwischenräumen von 3 bis 4 Wochen breitete die Schwellung sich schubweise von oben nach unten aus, vom Nacken zum Rücken, zur Lende, auf die Brust, auf die Schultern und beide Oberarme, endlich vom Gesichte auf den Hals. Als die tiefen Halsmuskeln ergriffen waren, kam es zu bedrohlicher Athemnoth, so dass die Mutter eines Nachts fürchtete, der Knabe müsse ersticken. Die Schwellung ging aber zurück, sie zog über einzelne Stellen mehrmals hinweg, ohne merkliche Spuren zu hinterlassen, in den meisten hinterblieben harte Stränge oder Knötchen, wie jetzt noch am Halse. Während der Anfälle blieb das Allgemeinbefinden gut, nur war der Schlaf unruhiger, und der Durst vermehrt, obwohl Fieber nie vorhanden gewesen sein soll. Auch bemerkte die Mutter, dass ihr Sohn seit der Erkrankung an Durchfall litt, 3 bis 4 dünne Stühle erfolgten täglich ohne Leibschmerzen oder Störungen des Appetits. Ende 1897 fingen die verhärteten Muskelstellen an, knöchern zu werden. Aber schon lange vorher war das bedauernswerthe Kind durch die Starre der Muskeln am Rumpfe, Hals und beiden Armen sehr unbeweglich und hilflos geworden, besonders hinderte eine leicht zugängliche Knochenspange im rechten grossen Brustmuskel jede Schulterbewegung. Sie wurde am 11. Juli 1898 im Aetherschlafe mit einem Querschnitte durch Haut und Muskel blossgelegt. Sie



Myositis ossificans progressiva.

entsprang mit breiter Basis an der Sehne des Pectoralis major vom Humerus, verlief in den Muskelfasern verzweigt wie eine Korallenspange, und reichte bis an den oberen Rand der 3. rechten Rippe, sogar noch etwas in den II. Intercostalraum hinein. Sie wurde in Stücken entfernt, die ich hier herumreiche. Die recht zerfetzte Muskelwunde heilte unter Jodoformgazetamponade, der Gewinn an Beweglichkeit ist, wie Sie sich überzeugen werden, nicht bedeutend.

Myositis ossificans progressiva.



a Humerusende. b Rippenende.
Aus dem Pectoralis maj. entfernte Knochenspange.

Sie sehen hier den für sein Alter nicht grossen, aber gut genährten, 15 kg schweren Knaben. Er hat frische Farben. Abgesehen von den beiden ungewöhnlich kleinen Grosszehen, von denen ich dies Röntgenbild anfertigte, finden Sie an ihm keinen Bildungsfehler. Wie alle Kinder fällt er oft, und da er seine Hände zum Schutze nicht vorstrecken, seinen Kopf nicht rückwärts neigen kann, so trifft es die Stirn, daher die blutrünstigen Beulen und Narben dort. Im Uebrigen ist seine Haut tadellos, alle krankhaften Veränderungen beschränken sich auf die Muskeln und, wenn Sie wollen, die Knochen. Oben angefangen, haben wir zunächst eine Verknöcherung im rechten M. frontalis, in den beiden Kopfnickern, in den Muskeln, die vom Zungenbeine zum Kiefer und zum Brustbeine ziehen, in beiden grossen Brustmuskeln und beiden Deltamuskeln, im linken Cucullaris (etwas verschieblich) mehrfach, auch im rechten, im rechten M. latissimus dorsi, in beiden Sacrolumbales (im linken eine bewegliche Platte), beiderseits im Armbiceps, wieder verschieblich im Anconeus longus, und wie ich zugebe, in manchem Muskel ausserdem noch, was sich klinisch nicht genau bestimmen lässt. Ganz frei ist bis jetzt nur die Gesichtsmusculatur, abgesehen vom Frontalis, der Bauch, das Gesäss und beide Beine und Arme vom Ellenbogen abwärts. Die Form der Verknöcherungen ist theils spindelig, theils stumpfkegelig oder plattenförmig. Neben den Verknöcherungen fühlt man besonders am Halse derbe bindegewebige Stränge in den Muskeln; letztere erscheinen zum Theil atrophirt, doch ist die elektrische Erregbarkeit derselben qualitativ, wie quantitativ normal, was der Nervenarzt Herr Dr. Real in Essen freundlichst feststellte. Die Beweglichkeit des Kopfes hat nach allen Richtungen Einschränkungen erfahren, seine Haltung ist etwas vorgeneigt und nach links gedreht. Auch der Rücken ist steif. Die linke Schulter steht in 30° Abduction fixirt und kann nur mit der Scapula etwas verschoben werden, während die rechte Schulter in Folge der Operation eine Excursion von 20°—50° Abduction zulässt. Das rechte Ellenbogengelenk kann von 90°—130°, das linke von 50°—120° gestreckt werden.



Mikrodactylie bei Myositis ossificans multiplex progressiva.

Der Urin enthält nach einer von dem Chemiker Herrn Dr. Kirchner ausgeführten Untersuchung aussergewöhnlich wenig Kalk (etwa 1/10 des Normalen), aber normal viel Phosphorsäure.

Es ist Ihnen bekannt, m. H., dass man das Wesen dieser dunklen Krankheit noch nicht erfasst hat, nicht einmal darüber ist man sich einig, ob sie zu den Geschwülsten oder zu den Entzündungen zu rechnen ist. Münchmeyer unternahm es vor fast 30 Jahren, das Krankheitsbild auf Grund der klinischen Erscheinungen als Myositis von der Gruppe der Osteome abzugrenzen; er unterschied die 3 Stadien, das der Infiltration, Induration und Ossification. Eine starke Stütze gewann dieser Autor vor 3 Jahren an Lexer, welcher in der v. Bergmann'schen Klinik das Frühstadium der Krankheit mikroskopisch zu untersuchen Gelegenheit fand. Auf der andern Seite wird man zugeben müssen, dass wohl Verkalkung ein gewöhnliches, Verknöcherung jedoch ein zum mindesten ungewöhnliches Endproduct der Entzündung darstellt. Daher hat Virchow in seiner Lehre von den Geschwülsten die Krankheit zu den Neubildungen gerechnet und neuerdings seine Ansicht an der Hand eines Falles, den er im 1894 der Berliner medicinischen Gesellschaft vorstellte, bekräftigt. In diesem Sinne fordert Pincus den Namen Osteoma intermusculare multiplex. In vorgeschrittenem Stadium besitzen die Verknöcherungen meist so viele Verbindungen mit dem Skelet, dass der Ausgangspunkt, ob Muskel oder Knochen, schlechterdings nicht zu bestimmen ist. Unser Fall steht in der Mitte. Die meisten Verknöcherungen sitzen am Knochen fest, einige sind verschieblich. Das mikroskopische Bild — ich bin dem Göttinger pathologischen Institut für die Untersuchung zu Dank verpflichtet — beweist nichts für die eine oder die andere Auffassung. In den Präparaten liegen normale Muskelfasern und werdendes Knorpelknochengewebe friedlich nebeneinander. Wie gewöhnlich schloss sich der Beginn der Erkrankung einem Trauma an.

Eigenthümlich ist auch hier wieder die vorhandene Mikrodactylie, die sich in 64 Proc. aller bisher daraufhin untersuchten Fälle von Myositis ossificans progressiva gefunden hat.

Die chirurgische Therapie bewegt sich in engen Grenzen; sie vermag höchstens vorübergehend die Function zu bessern durch Beseitigung von Knochenspangen, gegen das Leiden selbst ist sie machtlos.

Beitrag zur Casuistik des Querulantenwahnsinns.*)

Von Dr. *A. Tecklenburg* in Leipzig.

M. H. Bei den in Literatur und Presse immer wieder auftauchenden und in sensationeller Weise aufgebauschten Berichten über die irrthümliche Internirung Geistesgesunder in Irrenanstalten, bei den in Folge dessen immer wieder gegen die Irrenärzte erhobenen Beschuldigungen und der Agitation für eine Aenderung unserer Irrengesetzgebung darf ich hoffen, Ihr Interesse zu erwecken für einen jener Fälle, aus denen die Hauptglanz- und Zugnummern unserer Gegner bei ihrer Agitation gegen die Irrenärzte stammen, besonders da gerade auch die praktischen Aerzte unter uns bei der derartigen Kranken eigenen Manier, von einem Arzt zum anderen zu laufen, ziemlich oft Gelegenheit haben, solche Fälle zu sehen und zu begutachten. Die Broschüren über ihre Erlebnisse, die diese Kranken gewöhnlich in die Welt setzen, finden an unserem heutigen Publicum, das besonders auf dem Gebiete des Irrenwesens seinen Ueberfluss an «gesundem Menschenverstand» glaubt darthun zu müssen, die dankbarsten Leser. Erst kürzlich konnten Sie in allen hiesigen Buchläden wieder die neueste dieser «Enthüllungen» ausliegen sehen, seit ca. 8 Tagen jedoch ist sie verschwunden, da sie von der Staatsanwaltschaft beschlagnahmt wurde; ein Verfahren das leider zu selten gehandhabt wird. Ich habe mir erlaubt, Ihnen ein Exemplar davon mitzubringen.[1])

M. H., ich will mir also gestatten, Ihnen einen Fall von Querulantenwahnsinn vorzuführen, einer besonderen Erscheinungsform jener unheilbaren Geisteskrankheit, die man als chronische Paranoia bezeichnet. Ich hoffe, dass der Fall Ihnen einiges Interesse bereiten wird, da die Literatur über diese Krankheitszustände noch nicht sehr reichhaltig ist und besonders, da es sich in meinem Falle einmal um einen gebildeten, den besseren Gesellschaftsclassen angehörigen Menschen handelt, man also berechtigt ist, ein interessanteres und vielseitigeres Symptomenbild zu erwarten.

*) Nach einem in der medicinischen Gesellschaft in Leipzig am 1. November 1898 gehaltenen Vortrag.

[1]) 24 Tage gesund im Irrenhause. Sensationelle Enthüllungen von Frau Major Stürtz. Berlin 1898. Selbstverlag der Verf.

In meine Sprechstunde, die ich als Arzt der Irrenanstalt in J. abhielt, kam eines Tages ein Mann, der mich bat, ihn zu untersuchen und ihm ein Zeugniss auszustellen, dass er geistig gesund sei. Ich wies ihn natürlich ab.

Ein viertel Jahr später wurde derselbe Mann der Anstalt vom Amtsgerichte in J. aus der Untersuchungshaft zur Vorbereitung eines Gutachtens über seinen Geisteszustand überwiesen und auf meiner Abtheilung untergebracht. Der Einblick in die mir nun zur Verfügung gestellten Acten bestätigte meine Vermuthung, dass ich es mit einem verrückten Querulanten zu thun habe. Ich möchte hier nur bemerken, der Kranke H. ist 50 Jahre alt, hat Baufach studirt und ist jetzt Privatbaumeister; ausführlichere Angaben über sein Leben folgen noch. Als Material für den Begutachter lagen vor die Acten dreier Beleidigungsprocesse, von denen ich den einen, wegen Beleidigung der österreichischen Justizbehörden angestrengt, hier schildern will, ein anderer folgt in dem später zu erwähnenden Gutachten.

Die Vorgeschichte dieses Processes, die in Oesterreich spielt, entzieht sich unserer Kenntniss. Aus den Acten geht Folgendes hervor. H., der sich viele Jahre in Oesterreich aufgehalten hatte, wurde 1884 vom österr. Kreisgericht in E. wegen Betrugs und schwerer Körperverletzung steckbrieflich verfolgt und in Haft genommen. Nach 35tägiger Haft wurde er gegen Hinterlegung einer Caution von 1000 fl. auf freien Fuss gesetzt. Die Herausgabe der Caution war später mit Schwierigkeiten verknüpft, weil dieselbe zu dem Vermögen der inzwischen verstorbenen Ehefrau des Beschuldigten zu gehören schien. In dieser Angelegenheit hat H. dann von Deutschland aus eine ganze Reihe von sehr charakteristischen Schriftstücken verfasst, aus denen ich hier einige Stellen citire.

Am 7. October 1893 schreibt er an das Justizministerium in Wien: «Ich fordere hiermit wiederholt die Herausgabe der . . . . von mir in Folge rechtswidriger Verhaftung erpressten Baarcaution von 1000 fl. nebst Zinsen seit 24. September 1888, Genugthuung und Schadenersatz, sowie endlich einen Bescheid, wie ihn jede von Ehrgefühl durchdrungene Aufsichtsbehörde zu geben verpflichtet ist.» — Am 20. März 1894 schreibt er an dieselbe Behörde: «Ich kann in dieser Erklärung lediglich einen Act geistiger Störung bei dem in Betracht kommenden Justizbeamten erblicken». — «Die Klagen der Reichsdeutschen über gesetzwidrige, heimtückische Behandlung seitens der österreichischen Justiz- und Verwaltungsbeamten sind zahlreich». Zum Schluss verbittet er sich noch die «Frechheit» der Behörden, seinen Namen falsch zu schreiben. — Auch ein Gesuch an den Kaiser von Oesterreich ist natürlich darunter, darin droht er schon am 15. September 1894: «Es bleibt mir jetzt nur der Weg der Selbsthilfe offen» Er will die Thatsachen zur Kenntniss des Kaisers bringen, bevor er sich selbst «Genugthuung und Schadenersatz» verschafft. Er sei vom Kreisgericht in E. in «boshafter und ehrverletzender Form steckbrieflich verfolgt», in Oesterreich 33 Monate im Ganzen widerrechtlich der Freiheit beraubt worden.

Um Ihnen zu zeigen, welche praktischen Consequenzen die Schreiben derartiger Kranker nach sich ziehen können, möchte ich hier einschieben, dass, als im Herbst desselben Jahres der Kaiser von Oesterreich den Stettiner Kaisermanövern beiwohnte, der Gendarmerieposten aus dem Wohnorte H.'s in die nächste Umgebung des Herrschers commandirt wurde.

In einer weiteren Eingabe an das österreichische Justizministerium vom 25. October 1894 spricht er von den «Albernheiten der Gerichte in Böhmen» und droht dann: «am 25. November wird der Reichstag in Berlin eröffnet, ich bringe meine Erlebnisse im Lande der «Verbündeten» im Petitionswege als österreich-ungarische Justizschurkenstreiche zur Kenntniss des Reichstags und damit der Oeffentlichkeit, wenn ich nicht klaglos gehalten werde.»

Wegen dieser Schreiben, besonders wegen des letzteren, wurde im Januar 1895 von dem österreichischen Justizminister durch Vermittlung der deutschen Botschaft und des auswärtigen Amtes gegen H. Strafantrag wegen Beleidigung gestellt und die Sache dem Landgerichte in H. überwiesen. Zunächst bestreitet H. die Zuständigkeit dieses Gerichtes und äussert in einem Schreiben an die Staatsanwaltschaft, seine Frau sei von den österreichischen Behörden «in den Tod gehetzt» worden, wirft den dortigen Behörden «Albernheit und Verbrechen im Amt» vor und schliesst: «In Oesterreich-Ungarn helfen bei den Behörden nur Trinkgelder und moralische Fusstritte.»

Das Gericht beschliesst ärztliche Begutachtung seines Geisteszustandes. Der damit beauftragte Bezirksarzt an dem Wohnorte des H. citirt ihn auf das Gemeindeamt, wo derselbe zwar erscheint, aber Auskunft verweigert mit dem Bemerken, dass er nur an Gerichtsstelle reden werde. Als er daraufhin von dem Richter an Gerichtsstelle geladen wird, erhebt er gegen diesen Klage wegen Missbrauchs der Amtsgewalt und Nöthigung! Trotzdem erscheint er zu dem Termin, aber nur um zu erklären, dass er jede Auskunft verweigere! Ausserdem aber lehnt er eben diesen Richter ab aus Besorgniss der Befangenheit, die er damit begründet, dass er gegen ihn Anklage erhoben habe.

In dem bezüglichen Schreiben heisst es: «In der von der Staatsanwaltschaft H. gegen mich in völlig unzuständiger Weise construirten Strafsache wegen angeblicher Beleidigung der österreichischen Justizbehörden lehne ich den beauftragten Richter ab . . . . .» Das Landgericht Ha. beschliesst darauf seine Beobachtung in der Irrenanstalt J. behufs Vorbereitung eines Gutachtens über seinen Geisteszustand. Gegen diesen Beschluss, «durch den er öffentlich beleidigt worden ist», erhebt er sofort Beschwerde, lehnt aber zugleich die für die Prüfung dieser Beschwerde zuständigen Richter des Landgerichts zu H. und des Oberlandesgerichts N. ab und stellt Strafantrag gegen die Richter, die jenen Beschluss gefasst haben, gegen den Staatsanwalt in H., der das Amtsgericht und den Bezirksarzt beauftragt hat, eine Untersuchung seines Geisteszustandes vorzunehmen, gegen den Amtsrichter, der «sich erdreistete, ihn unter Androhung der Zwangsvorführung zum Zwecke der ärztlichen Untersuchung vorzuladen», und gegen den Bezirksarzt. Natürlich hat er sich auch inzwischen ein ärztliches Zeugniss verschafft, in dem ihm bescheinigt wird, dass «von Seiten des Centralnervensystems vorhandene Störungen nicht festzustellen sind». Inzwischen sind auch dem Landgericht J., bei dem ein anderer, später zu erwähnender Beleidigungsprocess gegen ihn schwebt, Bedenken wegen seiner Zurechnungsfähigkeit gekommen, so dass ihn dieses im December aus der Untersuchungshaft nach der Irrenanstalt J. überführen liess. Auf Grund der gutachtlichen Aeusserungen der Anstaltsleitung, die H. für geisteskrank erklären, wurde das Verfahren an beiden Gerichten eingestellt und von dem Staatsanwalt der Entmündigungsantrag gestellt.

Ich wurde als Sachverständiger geladen und gab, da ein schriftliches Gutachten nicht verlangt wurde, folgendes kurze mündliche Gutachten zu Protokoll:

«H. war vom 21. December 1895 ab etwa 5 Wochen lang in der hiesigen Irrenheilanstalt untergebracht und ist während dieser Zeit von mir behandelt worden, er ist chronisch geisteskrank, leidet an chronischer einfacher Seelenstörung (Paranoia chronica), die sich hauptsächlich im Beeinträchtigungswahn äussert. Er glaubt in Folge von durch ihn aufgedeckten Justizmängel ein Opfer gerichtlicher Willkür zu sein. Das Unterscheidungsvermögen für Recht und Unrecht, soweit seine Person in Betracht kommt, ist ihm verloren gegangen, insofern er sehr empfindlich für ihm zugefügte vermeintliche Beleidigungen ist, das Beleidigende der eigenen Handlungsweise gegen Fremde dagegen absolut nicht empfindet.

Die Folge davon wird sein, dass H. sich unausgesetzt in seinen Rechten beeinträchtigt fühlt und daher in stete Conflicte mit Gerichten und Behörden gerathen wird.

Der Zustand ist unheilbar und lässt vormundschaftliche Fürsorge für H. als geboten erscheinen.»

Daraufhin wurde von dem zuständigen Amtsgericht die Entmündigung H.'s ausgesprochen.

Nachdem sich H. mit einer Anzahl von Zeugnissen von deutschen und ungarischen Aerzten ausgerüstet hat, die ihm seine geistige Gesundheit bescheinigen, macht er sich an die Anfechtung des Entmündigungsbeschlusses, weil er, wie die Zeugnisse bewiesen, überhaupt nicht geisteskrank sei. — Ich habe keine Veranlassung, auf diese ärztlichen Gutachten einzugehen, um so weniger, als denselben seitens des Gerichtshofes gegenüber meinem, sogleich zu citirenden, vor dem Oberlandesgerichte zu D. abgegebenen Gutachten keine maassgebende Bedeutung beigemessen wurde; nur eines fordert eine Erwähnung und Erwiderung, da ich in demselben direct angegriffen werde. Herr Dr. Oberdörffer in Godesberg bei Bonn hat H. folgendes Attest ausgestellt: «Herr H . . . war in letzter Zeit mehrere Mal in meiner Sprechstunde und bat mich um ein Gutachten über seinen geistigen Gesundheitszustand. Er sei auf ein Gutachten des Herrn Dr. T . . . für geisteskrank erklärt und entmündigt worden. In diesem mir vorliegenden Gutachten ist die Diagnose Paran. chron. simpl. ausgesprochen; sie ist damit begründet, dass H. mehrere Conflicte mit den Gerichten gehabt habe, die auf einen Beeinträchtigungswahn schliessen lassen. Die Paran. chron. simpl. ist eine unheilbare chronisch verlaufende Form von Geisteskrankheit, die mit Misstrauen gegen harmlose Handlungen seitens Anderer und daran schliessenden Verfolgungsideen beginnt. Alles beziehen die Kranken auf ihre eigene Person und fühlen sich überall benachtheiligt und beleidigt. Es fragt sich nun, ob das bei H. zutrifft. Nach mehreren eingehenden Unterhaltungen habe ich nicht die Ueberzeugung gewinnen können, als wenn seine Handlungsweise unbegründeten Verfolgungsideen entsprungen wäre, sondern seine klare und glaubwürdige Schilderung der Verhältnisse liessen zwar einen störrischen, nicht nachgebenden Charakter durchblicken, aber diese Charaktereigenthümlichkeiten für krankhaft aufzufassen und namentlich als eine unheilbare Geisteskrankheit hinzustellen, ist nach meiner Ansicht zu weit gegangen.» Auf eine Kritisirung des Verfahrens der Herrn Dr. O., der nach «mehreren eingehenden Unterhaltungen» in seiner Sprechstunde und nach der «klaren und glaubwürdigen Schilderung der Verhältnisse» durch den Kranken und nur durch den Kranken, ohne einen Blick in die Acten gethan zu haben, sich für berechtigt hält, eine Geisteskrankheit auszuschliessen, brauche ich mich hier wohl nicht erst einzulassen, aber wir brauchen uns dann auch wirklich nicht über die Laien zu wundern, welche behaupten, dass der gesunde Menschenverstand genüge, um die geistige Intactheit eines Menschen festzustellen oder auszuschliessen.

Aus der Zeit nach seiner Entmündigung stammen eine Reihe interessanter Schreiben, die theils aus der Schweiz, theils aus Ungarn an ihre Adresse gelangten. Am 11. September 1896 be-

kommt der Gemeinderath seines früheren Wohnortes auf einer Postkarte folgende Schmeicheleien zu hören: «Den Gemeinderath in B. mache ich ergebenst darauf aufmerksam, dass die Gemeinde mir für jeden Schaden aufzukommen hat, den der als Gemeindevorstand bestellte ehemalige Schweineschlachthofsthürsteher J. mir zufügt. Ich habe zu B. meinen Wohnsitz nie gehabt etc. . . . Die diplomirten Justitzbuschklepper haben also in's Blaue geschossen. Selbstverständlich werde ich in B. nur dann Wohnsitz nehmen, wenn ein Bürger da Gemeindevorsteher ist, der nicht Zuträger bei der Staatsanwaltschaft ist.»

In einem Schreiben vom 18. October an das Präsidium des Oberlandesgerichts in N. verfalle ich seiner Kritik: «Der Amtsrichter R. hat am 12. März hinter meinem Rücken meine Entmündigung ausgesprochen auf Grund des albernen Gewäsches eines Medicinjünglings Dr. T., der — obgleich er vom Recht und der Geschäftspraxis der Justiz- bezw. Verwaltungsbehörden just so viel versteht, wie der Bauer vom Hotelwesen — die Behauptung aufgestellt hat, ich sei unheilbar geisteskrank. Ich habe sofort, nachdem ich von dieser wirklichen Infamie Kenntniss erhielt, Klage eingereicht. Anstatt den Beschluss des Amtsgerichts G. einfach aufzuheben, wie dies jeder ‹Richter› thun würde, ist die Sache verschleppt worden . . . .» Am Schlusse heisst es: « . . . dass alle Aerzte sich übereinstimmend dahin ausgesprochen haben, dass ich psychisch und physisch gesund sei und nur Schurken oder Irrsinnige mich für geisteskrank erklären können:»

In einem Schreiben an das Landgericht in J. vom 16. November sind folgende Stellen charakteristisch: «(meinen Wohnsitz in B. habe ich) niemals aufgegeben, am allerwenigsten durch die von schurkischen Beamten, die alle entlassen sind, durch lügnerische Berichte erschlichene Ministerialverfügung betr. meine Ausweisung aus Ungarn . . . .», ferner: «gewarnt durch die Schrift Kretschmar's ‹Die Irrenfrage am Ausgange des Jahrhunderts› habe ich meinen Acker in B. veräussert . . , Nachdem die Aerzte H. und S. in Orsova, die mich seit 10 Jahren kennen, erklären, dass bei mir von Geisteskrankheit keine Rede sein könne, so sage ich: Dr. L. und sein Assistent Dr. T. kranken entweder an einer Wahnvorstellung, ich sei geisteskrank, und sind dann Beide verrückt, oder sie haben ein mit ihrer Ueberzeugung im Widerspruch stehendes, mich betreffendes Gutachten abgegeben und sind dann beide Schurken. H. NB. Das durch die Geschäftsreisenden in J. im Auslande in sehr üblen Ruf gebrachte Richterpersonal des Amts- und Landgerichtes J. und des Oberlandesgerichtes N. muss meiner Ansicht nach seine Nase noch erheblich tiefer in das jus versenken, bevor es die Uebersicht über das heimische und internationale Recht gewinnt, die ich mir in 40 Semestern erworben habe. D. U.»

Nicht besser kommt sein eigener Rechtsanwalt weg, dem er am 24. November 1896 schreibt: «Es fällt mir gar nicht ein, Ihnen einen zweiten Vorschuss von 50 M. zu zahlen! Ich bin ein Schüler Ihering's mit 40 Semestern!» (Gibt ihm dann eine Rechtsbelehrung und fährt fort): «Lassen Sie Ihre Hände von Processen, deren Erledigung Ihr Können übersteigt. Einen Wechsel oder Schuldschein, bei denen kein Beamter betheiligt ist, in der einen Hand und 100–200 M. Vorschuss in der andern Hand, dies sind die nothwendigen Behelfe für Sie . . . ,»

Am 4. Februar 1897 verlangt er vom Justizminister Beschleunigung des Verfahrens: «Ich liquidire der preussischen Staatscasse seit 23. März 1896 50 M. Schadenersatz täglich; bitte also Ihrer Pflicht gemäss, die verzögerte Rechtspflege zu corrigiren.»

Dazwischen durch gehen immer wieder Eingaben an das Oberlandesgericht und das Reichsgericht, die alle abgewiesen oder als unbegründet erklärt werden. Das Landgericht weist den Einwand der Unzuständigkeit des Amtsgerichtes R. ab, ebenso in erster Instanz den Antrag auf Aufhebung der Entmündigung. Das Oberlandesgericht schiesst sich dem ersten Punkte an, bezüglich der Entmündigung beschliesst es jedoch, die von H. angeführten Aerzte, soweit sie Deutsche sind, von den Amtsgerichten ihrer Wohnorte abzuhören und ihnen die Zeugnisse von mir, von Dr. Oberdörffer und den Aerzten in Ungarn vorzulegen, ferner soll ich ersucht werden, mein Gutachten durch eine eingehende Wiedergabe derjenigen Beobachtungen und Wahrnehmungen zu ergänzen, auf Grund deren ich zu den in meinem oben citirten Gutachten niedergelegten Schlussfolgerungen gelangt bin.

Nach Kenntnissnahme von diesem Beschluss des Oberlandesgerichtes verzichtet er nun plötzlich auf die Vernehmung der von ihm aufgestellten Sachverständigen «weil — wie er selbst sagt — nach 10jährigem ununterbrochenem Queruliren meinerseits die ungarischen Behörden endlich nach Empfang der 27. bezw. 39. Beschwerde . . . mir den Nachlass meiner Gattin ausgefolgt haben etc. . . . so hat der mehr oder minder beschleunigte Fortgang meines oben citirten Processes für mich nur secundäres Interesse . . . .»

Ein Schreiben an das Oberlandesgericht in N. vom 5. November enthält folgende Drohung: «Ich bemerke, dass ich lediglich um Material zu einer Kritik der preussischen Justiz zu gewinnen, die Anfechtungsklage in Preussen angestrengt habe. Es gibt noch einen anderen Weg, den frechen gegen meine Menschenwürde geführten Bubenstreich gegenstandslos zu machen.»

In demselben Schreiben kommen noch folgende Stellen vor: «Diese Ausführung — (nämlich, dass der Brief an den Rechtsanwalt F. — der wegen seines beleidigenden Inhalts den Ausgangspunkt des einen Processes gebildet hatte — keine Beleidigung enthält) — war für Dr. T., einen in jus gänzlich unerfahrenen Menschen, zu hoch; er verfiel der Wahnvorstellung, ich sei geisteskrank, er wurde verrückt.»

«Ich kenne meinen herrischen, abstossenden Charakter, das Product der socialen Familienentwicklung sehr gut. Unbekümmert um die Empfindlichkeit Anderer äussere ich meine Meinung wie Götz von Berlichingen und verfolge mein Recht mit derselben Ausdauer wie Michael Kohlhaas. Werde ich beleidigt, so bin ich, weil ich mit Plato der Meinung bin, dass alle menschliche Angelegenheit unerheblich und keiner Aufregung werth ist, über solche Beleidigungen erhaben.»

M. H., einen charakteristischeren Beleg für die bei aller äusseren Formgewandtheit doch inhaltlich so hohlen Phrasenmacherei dieser Kranken konnte ich Ihnen gar nicht geben. Auf den krassen Widerspruch, der in diesen Sätzen selbst liegt, und den Gegensatz zwischen H.'s sogen. Philosophie und seinem Verhalten brauche ich Sie nicht noch besonders hinzuweisen.

Ich muss es mir versagen, hier noch weiteres Material zur Charakteristik H.'s beizubringen, das nun folgende Gutachten wird jedoch wie, ich hoffe, die noch fehlenden Züge in dem Krankheitsbilde ergänzen. Ich erlaube mir, dasselbe wenigstens in seinen wesentlichsten Punkten hier folgen zu lassen.

(Fortsetzung folgt.)

Bericht über die medicinische Poliklinik in München im Jahre 1898.

Von Prof. Dr. *Moritz.*

Die medicinische Poliklinik wurde im Jahre 1898 von 9884 Kranken (gegen 9550 im Vorjahre) aufgesucht. Von diesen gehören 1268 der von Prof. Schech geleiteten laryngologischen Abtheilung an. 1896 Kranke wurden in ihren Wohnungen, die übrigen ambulatorisch behandelt. Auf das männliche Geschlecht treffen 5065, auf das weibliche 4819 Personen.

Der Besuch nach Monaten geordnet, gestaltete sich wie folgt: Januar 1117, Februar 804, März 1070, April 881, Mai 852, Juni 830, Juli 794, August 734, September 682, October 740, November 683, December 697.

Nach dem Reichsschema ausgeschieden, vertheilen sich die Erkrankungen folgendermaassen:

I. Entwicklungskrankheiten.

Angeborene Missbildungen 8, Menstruationsanomalien 9, Schwangerschaftsanomalien 37, Geburts- und Wochenbettsanomalien 10, Altersschwäche 3, andere Entwicklungskrankheiten 2.

II. Infectionskrankheiten und andere Krankheiten.

Scharlach 3, Masern 3, Mumps 7, Rose 27, Diphtherie 4, Unterleibstyphus 4, Wechselfieber 1, Katarrhfieber 30, acuter Gelenkrheumatismus 84, Blutarmuth 32, Leukaemie 6, thierische Parasiten 33, Tuberculosis 26, Skrophulosis 11, Zuckerruhr 7, Scorbut 3, Gicht 26, bösartige Neubildungen 148, Gonorrhoe 99, primäre Syphilis 25, constitutionelle Syphilis 290, chronischer Alkoholismus 11, andere chronische Vergiftungen 27, allgemeine Entkräftung 6.

III. Localisirte Krankheiten.

A. Krankheiten des Nervensystems.

Geisteskrankheiten 33, Hirnhautentzündung 7, Apoplexia cerebri 49, andere Krankheiten des Gehirns 32, Epilepsie 44, Eklampsie 2, Chorea 6, Rückenmarkskrankheiten 86, andere Krankheiten des Nervensystems 1097.

B. Krankheiten des Ohres.

Krankheiten des äusseren Ohrs 10, des inneren Ohrs 26.

C. Krankheiten der Augen 9.

D. Krankheiten der Athmungsorgane.

Krankheiten der Nase und Adnexa 580, Croup 2, andere Kehlkopfkrankheiten 221, acuter Bronchialkatarrh 317, chronischer Bronchialkatarrh 369, Lungenentzündung 41, Brustfellentzündung 174, Lungenblutung 6, Lungenschwindsucht 1062, Emphysem 130, andere Krankheiten der Athmungsorgane 22, Kropf 81.

E. Krankheiten der Circulationsorgane.

Herz- und Herzbeutelentzündung 73, Klappenfehler und andere Herzkrankheiten 808, Pulsadergeschwulst 30, Krampfadern 12, Venenentzündung 6, Lymphgefäss- und Lymphdrüsenentzündung 14.

F. Krankheiten des Verdauungsapparates.

Krankheiten der Zähne und Adnexa 94, Zungenentzündung 24, Mandel- und Rachenentzündung 622, Krankheiten der Speiseröhre 18, acuter Magenkatarrh 217, chronischer Magenkatarrh 161, Magenkrampf 14, Magengeschwür 67, acuter Darmkatarrh 104, chronischer Darmkatarrh 76, habituelle Verstopfung 120, Bauchfellentzündung 45, eingeklemmte Brüche 1, nicht eingeklemmte Brüche 48, innerer Darmverschluss 1, Krankheiten der Leber und ihrer Ausführungsgänge 58, Krankheiten der Milz 4.

G. Krankheiten der Geschlechtsorgane.

Nierenerkrankung 171, Krankheiten der Blase 29, Steinkrankheit 9, Krankheiten der Prostata 5, Verengerung der Harnröhre 4, Wasserbruch 2, Krankheiten der Gebärmutter 126, Krankheiten des Eierstockes 29, Krankheiten der Scheide 10.

H. Krankheiten der äusseren Bedeckungen.

Krätze 19, acute Hautkrankheiten 38, Zellgewebsentzündung 22, Carbunkel 3, Panaritium 5, andere Krankheiten der äusseren Bedeckungen 64.

I. Krankheiten der Bewegungsorgane.

Krankheiten der Knochen 47, Krankheiten der Gelenke 124, Krankheiten der Muskeln und Sehnen 265.

K. Mechanische Verletzungen.

Quetschungen und Zerreissungen 82, Knochenbruch des Oberarms 2, Knochenbruch des Kopfes 2, Knochenbruch der Rippen 1, Knochenbruch des Beckens 1, Verstauchungen 4, Verrenkung der Schulter 1, der Hüfte 1, des Kniees 1, des Fusses 1, Wunden 2.

I. Anderweitige Krankheiten, Gesundheitszeugnisse etc. 473.

Die Zahl der Todesfälle betrug 162, 96 Männer und 66 Weiber. Sie vertheilen sich auf Altersschwäche 1, Osteomalacie 1, bösartige Neubildungen 16, Apoplexia cerebri 2, Meningitis 2, andere Gehirnkrankheiten 4, Rückenmarkskrankheiten 3, Lungenentzündung 4, Lungenschwindsucht 73, Klappenfehler und andere Herzkrankheiten 47, Krankheiten der Leber 2, Nierenerkrankung 7.

Aus der medicin. Klinik des Prof. Korányi zu Ofen-Pest.

Die Grundzüge der Typhusdiätetik.

Von Dr. *Heinrich Benedict* und Dr. *Nikolaus Schwarz.*

(Schluss.)

Zur Zeit der Aufnahme unserer Untersuchungen wurde die Widal'sche Reaction des Blutserums allgemein als Maass der im Körper statthabenden Bildung chemischer Antikörper betrachtet; wir machten es uns also zur Aufgabe, die Agglutinirfähigkeit des Blutes in ihrer Entstehung und Entwickelung mit den Veränderungen des Eiweissstoffwechsels in fortlaufenden Reihen quantitativ zu vergleichen. Was uns auf diesen Gedanken brachte, war der Gegensatz zwischen dem Verhalten der Eiweisszersetzung und dem Gange der Widal'schen Reaction: Die Eiweisszersetzung ist zu Beginn am stärksten und sinkt dann langsam ab, die Widal'sche Reaction zeigt sich im typischen Falle erst am Ende der ersten Woche und erreicht ihr Maximum in der zweiten Hälfte der Erkrankung, wenn die Eiweisszersetzung bereits beinahe in ihr normales Bett zurückgekehrt ist. Es müssten sich demnach bei graphischer Darstellung zwei sich schneidende Curven ergeben. Die Erklärung suchten wir aprioristisch darin, dass die infectiöse Steigerung des Eiweissstoffwechsels mit der Bildung der Antikörper abnimmt, umso eher, als letztere selbst in letzter Linie diesem gesteigerten Eiweisszerfalle ihre Entstehung verdanken. Aus hier nicht darlegbaren Gründen führten unsere Untersuchungen über Constanz und Zusammenhang beider Phänomene damals zu keinen befriedigenden Resultaten, doch wird an unserer Klinik weiter daran gearbeitet, die Ursache der auffallenden Abnahme der typhösen Eiweisszersetzung lediglich von diesem Standpunkte aus zu erforschen. Aus eigener Erfahrung können wir uns bezüglich der Gründe der Abnahme nicht äussern — dass aber die Einstellung auf einen niedrigen Eiweissumsatz gegen Ende des Fiebers für die weiteren Vorgänge eine grosse Bedeutung hat, zeigen die sogleich darzulegenden Verhältnisse der Reconvalescenz.

Bevor wir uns aber dieser zuwenden, müssen wir noch eine Frage entscheiden, die uns für das Spätere von einschneidender Bedeutung erscheint. Die Steigerung der Gesammtverbrennungen wird zu Beginn des Fiebers durch Eiweissverbrennung bestritten, durch welche die Zersetzung der N-freien Substanzen sogar — wie die Fettablagerungen in den Organen zeigen — verdrängt wird; nimmt, wenn die Intensität der Eiweisszersetzung abklingt, auch die Gesammtzersetzung dementsprechend ab? Oder bleibt sie auf gleicher Höhe, indem jetzt das Plus an Verbrennungen anstatt durch Eiweiss durch N-freie Substanzen, namentlich durch Fett, gedeckt wird? Oder sinkt die Gesammtzersetzung gleichfalls, doch nicht in dem Grade, wie die Eiweisszersetzung? Eine directe Antwort auf diese Fragen suchen wir vergebens. Der Thierversuch kann hier nicht herbeigezogen werden; die Untersuchungen über den Gaswechsel der Typhuskranken — sie können fast an den Fingern einer Hand hergezählt werden — gehen auf diesen Gegenstand nicht ein. Indirect können wir aber aus den Versuchen ersehen — besonders eine Reihe Löwy's scheint uns beweisend — dass eine absolut vermehrte Fettzersetzung im späteren Fieberstadium vielleicht besteht, dass aber jedenfalls mit dem Fortschreiten der Krankheit der Fettzersetzung ein immer grösserer Antheil an den Gesammtverbrennungen gegenüber der Eiweisszersetzung zufallen muss.

So ist also der Typhuskranke nach einem circa vierwöchentlichen Fieber, wovon mehr als eine Woche auf das Stadium der Defervescenz fiel, am ersten fieberfreien Tage angelangt. Er ist erschreckend abgemagert und besonders die Musculatur hat gelitten. Die Rückenmuskeln sind nicht kräftig genug, um ihn im Bette aufrecht zu erhalten; die Hand ermüdet, wenn sie einige Minuten lang den Löffel zum Munde geführt hat; die Beine können noch wochenlang nicht das Gewicht des Körpers tragen. Welche wunderbare Einrichtung ermöglicht es dem Organismus, seine Organe in einigen Wochen wieder aufzubauen, sich zu erneuern, ja zu verjüngen? Sagt doch nicht bloss der Volksmund, sondern auch die ärztliche Erfahrung, dass der Typhuskranke nach überstandener Krankheit kräftiger werde, als vorher.

M. H.! Manchem von Ihnen wird es müssig erscheinen, sich länger bei einem Gegenstande aufzuhalten, den die Wissenschaft mit einem kurzen Machtworte bereits entschieden hat. Nichts leichter — hört und liest man allenthalben — als einen Reconvalescenten wieder auf seinen Eiweissbestand zu bringen! Die Zellen des abgemagerten Körpers halten eben das Eiweiss der Nahrung gierig zurück, reissen es aus dem Säftestrom gewaltsam an sich, selbst dann, wenn die Nährstoffe nur in geringen Mengen in ihm circuliren, bloss um sich auf den alten Bestand zu bringen. Bei dem Gesunden kann man Fleischmast nicht erzwingen, bei dem Abgemagerten aber wohnt den Zellen eine «immanente Fähigkeit», (Krug) inne, die sie zwingt, Eiweiss an sich zu reissen. Es ist eine undankbare Aufgabe, diese so gefällige Auffassung widerlegen zu wollen, die den Thatsachen aber ebenso widerspricht, wie die Lehre vom toxischen Gewebezerfalle im bisherigen Sinne. Auf welchen Eiweissbestand wollen sich die Zellen selbst bringen? Gibt es für jeden Menschen einen Normaleiweissgehalt, zu dem er immer wieder zurückkehrt? Ist der Muskel- und Fleischbestand, mit welchem der Typhöse in die Fieberkrankheit eingetreten ist, nicht etwas Zufälliges, durch seine damaligen Ernährungs- und Lebensverhältnisse Bedingtes gewesen? Zahlreich wären die Einwürfe, die sich a priori gegen diese Auffassung geltend machen liessen; wir unterdrücken sie aber, um den Thatbestand, wie er sich aus unseren Versuchen ergibt, kurz in folgender Weise darzulegen:

Der Körperersatz, d. h. die Eiweissretention des Organismus nach dem typhösen Fieber, beruht in erster Linie auf Mast. Wir kennen die Bedingungen der Mast beim gesunden Menschen ganz genau; wir möchten sie folgendermaassen formuliren: Mast, d. h. Zuwachs an Körpermaterial beim Erwachsenen, ist dann möglich, wenn mehr Nahrungsstoff eingeführt wird, als der Organismus in derselben Zeit zu zersetzen vermag. Jede Nahrungsablagerung im Körper ist in erster Linie bedingt durch ein solches Missverhältniss zwischen den zersetzenden Kräften des Organismus und der zu zersetzenden Materie; was übrig bleibt, wird im Körper abgelagert.

Warum kommt es in der Norm zu keiner oder nur unwesentlicher Fleischmast? Weil die Zellen eine gewaltige Fähigkeit zeigen, Eiweiss zu zerlegen und sich in kurzer Zeit dem grössten Angebote anpassen.

Warum ist die Ablagerung von Fett so leicht zu erzielen? Weil die Fähigkeit zur Zersetzung N-freier Substanz etwas Stabileres und Beschränkteres ist. — Doch lässt sich das Verhältniss umkehren; wenn wir die Fähigkeit des Muskels, N-freie Substanzen zu zersetzen, durch Arbeitsinnervation steigern, so wird die Fettzersetzung ansteigen, die Ablagerung geringer werden. Wenn wir die Fähigkeit der Zelle, Eiweiss zu zersetzen, verringern könnten, so könnten wir dauernd im Organismus Eiweissablagerung erzielen.

Und wie wir schon innerhalb normaler Verhältnisse durch plötzliche Vermehrung der Eiweisszufuhr oder übermässig starkes

Angebot von Fett und Kohlehydraten ein Zurückbleiben der Zersetzungsfähigkeit hinter dem Angebote und somit eine zeitweilige Eiweissretention zu erzielen im Stande sind: um wie Vieles grösser muss die Retention sein, wenn die Fähigkeit des Organismus, Eiweiss zu zersetzen, dauernd herabgesetzt ist!

Diese Bedingung nun ist unseren Untersuchungen zu Folge bei dem Typhusreconvalescenten gegeben.

Wir haben auseinandergesetzt, in welch' rapider Weise das Eiweisszersetzungsvermögen und -bedürfniss der Zellen während des Fiebers ansteigt; wie sie in Folge dessen selbst bei reichlichster Ernährung ihr eigenes Eiweiss in Umlauf bringen müssen; wie das Fett in den Verbrennungsprocessen bei Seite gedrängt wird. Doch haben wir auch darauf hingewiesen, dass bereits während des Verlaufes der Krankheit der Organismus darauf bedacht ist, seinen Eiweissumsatz auf einen möglichst niedrigen Werth herabzudrücken und den N-freien Substanzen einen bedeutenderen Antheil an den Verbrennungsprocessen einzuräumen. Was damit eigentlich bezweckt wird, offenbart sich erst in der fieberfreien Periode, in welcher es zu einer vollständigen Umkehrung der fieberhaften Zellthätigkeit kommt. Die Steigerung der Eiweisszersetzung macht nun einer Herabminderung derselben Platz. Dieselbe physiologische Function, deren abnorme Erhöhung den Organismus dazu zwang, wahrscheinlich im Interesse seiner Vertheidigung das Eiweiss aus seinen eigenen Organen abzugeben, bringt ihn jetzt, zur Zeit ihrer reactiven Herabminderung, wiederum in die Lage, das Verlorene rasch wieder zu ersetzen. Der Eiweissverlust während des Fiebers und die Eiweissretention nach demselben sind demnach aus den graduellen Schwankungen einer und derselben Protoplasmafunction zu erklären.

Demnach dürfen wir die Chancen, die ein abgemagerter Typhusreconvalescent zu Beginn der Apyrexie bezüglich des raschen Wiederersatzes seines Eiweiss- und Muskelbestandes, d. h. seiner Kräfterestitution besitzt, nicht darnach bemessen, wie viel er während der Krankheit eingebüsst hat. Zeigen doch unsere Versuche, dass z. B. ein Kranker, der in 28tägigem Krankheitsverlaufe unserer Berechnung nach etwa 3—4 kg Muskelfleisch verloren hatte, bei zweckmässiger Führung der Reconvalescentendiät vom 3. bis zum 62. fieberfreien Tage 2200 g Eiweiss zurückbehielt, was einer Neubildung von $10^1/_2$ kg Muskelfleisch gleichkommt, also mehr, als der Verlust betrug. Hierbei retinirte er, als er von der Klinik entlassen wurde, noch immer täglich 30,34 g Eiweiss. Doch ist auch die Nahrung nicht maassgebend, die wir zu Beginn der Reconvalescenz verabreichen, sondern einzig und allein derjenige Grad des Eiweissumsatzes, auf welchen sich der Organismus am Ende der Erkrankung eingestellt hat. Zwei Kranke, die während des Fiebers *gleiche* Eiweissverluste erlitten haben und zu Beginn der Reconvalescenz die *gleiche* Nahrung erhalten, werden *nicht in gleichem Maasse* Eiweiss zurückhalten, sondern derjenige hat die grösseren Chancen, dessen Eiweissumsatz, am N-Gehalte des Urins gemessen, zu Beginn der Reconvalescentenernährung geringer war. Je weiter der *jeweilige Stand der Eiweisszersetzung* von dem *thatsächlichen Angebote* entfernt ist, um so grösser ist die im Organismus zurückbleibende Eiweissmenge. Es liegt daher in unserem Interesse: 1. den fieberhaften Eiweissumsatz derart zu beeinflussen, dass er am Ende auf einen möglichst niedrigen Grad eingestellt sei, und 2. die Eiweisseinfuhr sodann möglichst zu steigern.

Für die Wichtigkeit dieses ersten Punktes spricht schon die Eigenthümlichkeit des typhösen Eiweissstoffwechsels, bei sich selbst überlassenem Krankheitsverlaufe einem Minimum zuzustreben. Wie sehr es aber in unserem Interesse liegt, diese, die Wege der späteren Reparation ebnende Präventivmaassregel des Organismus nicht zu stören, werden wir vielleicht an einem unserer Fälle am besten demonstriren können.

Ein 19jähriger Bursche wurde mit den Zeichen einer Lungenentzündung aufgenommen, die sich alsbald als Pneumotyphus entpuppte. Da er nach dem Rückgange der Pneumonie am 24. Krankheitstage noch immer Abendtemperaturen von 39° zeigte, begannen wir an ihm unsere Ernährungsversuche. Er erhielt vom 24. bis zum 36. Krankheitstage, an welchem sich die letzte Temperaturerhöhung zeigte, seinem lebhaften Appetit entsprechend, grosse Mengen Milch, und zwar Anfangs 3720 ccm mit 143 g Eiweiss, an den letzten Fiebertagen 5000 und selbst 6000 ccm. Sein Eiweissumsatz wuchs in ungewöhnlicher Weise; Anfangs zersetzte er durchschnittlich 147 g Eiweiss, später noch mehr; am letzten Fiebertage betrug die Eiweisseinfuhr 230, die Eiweisszersetzung 229 g. Der Umsatz war also doppelt so hoch, als derjenige, den wir zur Befriedigung des Eiweissbedürfnisses des Gesunden für genügend erachten. Da wir es als ganz selbstverständlich ansahen, dass mit der Eiweisszufuhr auch seine Zersetzung ansteigt, legten wir dem Ganzen bloss accidentielle Bedeutung bei, hochbefriedigt darüber, dass die Eiweissverluste bloss geringfügig waren (circa 10,75 g täglich). Umso grösser war unsere Ueberraschung, als sich in den ersten 3 Wochen der Reconvalescenz durchaus keine Eiweissretention erzielen liess. Vergebens gaben wir Anfangs 203, später 217, 205 und endlich 230 g Eiweiss; vergebens steigerten wird die Zahl der Calorien bis über 5000, ein bei dem starken Appetite unseres Reconvalescenten kein allzu schweres Beginnen: der Organismus hielt von den durchschnittlich täglich in ihm kreisenden 220 g Nahrungseiweiss bloss 4 zurück; in 21 Tagen wurde bloss das Material zu 300 g Muskelfleisch retinirt, während jeder gesunde Erwachsene bei solch' forcirter Ernährung gewiss 1—2 kg Muskelfleisch angesetzt hätte (*Krug*, *Hirschfeld*). Wo blieb das lebhafte Regenerationsbestreben der Zellen, wo die Gier, mit der sie auch aus der unzureichenden Nahrung das Eiweiss an sich reissen sollen? — Der Kranke hatte während des Fiebers zweifellos Eiweiss verloren; die Zeichen der Infection, z. B. der Milztumor, bildeten sich in normaler Weise zurück; die *Widal*'sche Reaction war am Ende der zweiten fieberfreien Woche bloss in einer Verdünnung von 1:10 nachweisbar; Recidive oder Nachkrankheiten traten nicht auf; das Individuum machte in jeder Hinsicht den Eindruck des Gesunden und zeigte auch eine starke Körpergewichtszunahme, die aber fast ausschliesslich auf Fett zu beziehen war: bloss die Regeneration des Protoplasmas, die Fleisch- und Muskelneubildung blieb aus. Es unterliegt keinem Zweifel, dass wir selbst diesen ungünstigen Verlauf der Reconvalescenz verschuldet haben, als wir den wahrscheinlich bereits im Sinken begriffenen Eiweissumsatz noch während des Fiebers durch stete Vermehrung der Zufuhr zur alten Höhe, ja über diese hinaus hoben und auf diese Weise den Organismus, in seinem Bestreben hinderten, seinen Eiweissumsatz am Ende der Krankheit so niedrig als möglich zu gestalten. Statt dessen haben wir dem im Erlöschen begriffenem Feuer immer wieder neue Nahrung zugeführt; wir hatten wirklich «die Krankheit genährt, und nicht den Kranken». Der hohe Eiweissumsatz, an welchen wir den Kranken während des Fiebers gleichsam künstlich gewöhnt hatten, blieb auch noch 3 Wochen nach dem Fieber bestehen; erst dann begann er unter gleichzeitigem Anwachsen der Eiweissretention zu sinken. Wir hatten also das Einsetzen der reparativen Vorgänge durch reichliche Zufuhr eiweisshaltiger Nahrung während des Fiebers gerade um 3 Wochen verzögert.

Dass der Eiweissumsatz, mit welchem der Typhuskranke in die Reconvalescenz eintritt, auf längere Zeit für die weiteren Ernährungsverhältnisse maassgebend ist, dass er also in einem gewissen Sinne als kritischer Werth gelten kann, geht auch aus unseren weiteren Versuchsreihen hervor. Doch sehen wir zu unserer Befriedigung auch in der Arbeit von *Puritz* «Ueber die reichliche Ernährung der Typhuskranken» dasjenige bestätigt, was wir soeben an diesem Beispiele vor Ihnen deducirten. Aus seinen Tabellen können wir mit Bestimmtheit herauslesen, dass die Kranken, welche während des Fiebers eiweissreiche Nahrung erhalten hatten und mit hohem Eiweissumsatze in die Reconvalescenz eintraten, entweder gar nicht oder kaum im Stande waren, das zur Regeneration ihres Fleischbestandes nothwendige Eiweiss trotz des grossen Angebotes vor den an eine hohe Eiweisszersetzung gewohnten Zellen zu retten.

Es fällt uns beinahe schwer, unter den sich aus unseren Versuchsreihen ergebenden Argumenten diejenigen auszuwählen, an deren Hand wir am einfachsten das wirkliche Gesunkensein der Eiweisszersetzungs*fähigkeit* demonstriren könnten. Wir wollen nicht missverstanden werden; die Eiweisszersetzung können wir ja auch beim Gesunden nach Belieben herabmindern, indem wir weniger Material zuführen. Wer einen Monat hindurch als Vegetarianer lebt und täglich bloss 60 g Eiweiss verzehrt, wird schliesslich auch 60 g zersetzen. Wenn er aber im nächsten Monate zur animalischen Diät übergeht und nun zweimal so viel, 120 g Eiweiss zuführt, so wird er nach einigen Tagen auch diese ganze Menge verbrennen. Die *Fähigkeit*, Eiweiss zu zersetzen, ist während des eiweissarmen Régimes nicht verloren gegangen. Anders beim Typhusreconvalescenten. Worin er sich nicht bloss vom Gesunden, sondern auch von jedem aus anderen Gründen Abgemagerten unterscheidet, ist eben die fehlende Anpassungsfähigkeit nach oben. Oder mit einer anderen Formel:

bei dem Typhusreconvalescenten ist die obere Grenze, bei welcher Eiweissgleichgewicht möglich ist, abnorm tief gerückt, ebenso wie während des Fiebers die untere Grenze des Eiweissgleichgewichtes zu ganz abnormer Höhe gesteigert war. Z. B.: Ein Typhuskranker wird am 17. Krankheitstage zum ersten Male fieberfrei. Die Eiweisszufuhr betrug in der letzten Fieberperiode 90 g, die Ausgaben 112 g, so dass er pro die 22 g verliert. An den ersten 6 fieberfreien Tagen sinkt der Eiweissumsatz noch ein wenig und stellt sich auf 103 g ein. Ein geringfügiger Eiweissverlust besteht noch immer. Die Nahrung der nächsten Periode enthält statt 90 g 128 g Eiweiss, doch die Ausgaben bleiben auf gleicher Höhe, ungefähr 103 g, so dass das Eiweissplus der Nahrung — 25 g — bereits als Ueberschuss im Körper verbleibt. In der 3. afebrilen Periode steigern wir den Eiweissgehalt noch stärker, bis zu 176 g, doch macht der Eiweissumsatz nichtsdestoweniger nach wie vor bloss 103 g aus und der diesmal schon sehr bedeutende Ueberschuss — 73 g pro die — bleibt dem Körper als Baumaterial für die sich reconstruirenden Zellen erhalten. Es haben sich also bei 3 verschiedenen Stufen der Eiweisszufuhr: bei 90, 128, 176 g die Ausgaben auf gleicher Höhe, bei 103 g, bewahrt. Aus diesem einen Beispiele erhellt schon zur Genüge, dass bei dem Reconvalescenten das Primäre die Herabminderung der Eiweisszersetzung ist, und dass die Retention von Eiweiss in erster Linie einen ganz passiven Vorgang darstellt, wie etwa normaler Weise die Fettretention. Dieselben Bedingungen, welche unter physiologischen Verhältnissen die Ablagerung von Fett begünstigen, leisten jetzt der Fleischmast Vorschub. Wie das zur Nahrung zugelegte Fett bei dem Gesunden die Oxydationsprocesse gar nicht oder nur sehr wenig steigert, sondern beinahe vollständig zur Ablagerung gelangt, so hat in der Reactionsperiode, welche auf den fieberhaft gesteigerten Eiweissstoffwechsel folgt, der letztere die ihn charakterisirende Labilität verloren, die ihm das Ansteigen mit der Einfuhr ermöglichte. Er ist zu etwas Stabilerem, innerhalb engerer Grenzen Schwankendem geworden.

Doch ist in der Reconvalescenz die Zersetzungsenergie der Zellen bloss in Bezug auf das Eiweiss gesunken; die Summe der Zersetzungen, die Gesammtoxydationen sind nicht bloss nicht vermindert, sondern können auch über die Norm gesteigert sein. Gegen die Annahme, dass das Nahrungsbedürfniss der Reconvalescenten im Allgemeinen sehr gering sei, müssen wir auf Grund unserer Versuche Protest einlegen. Was verursachte denn am Ende den ungeheueren Appetit der Reconvalescenten, welcher einen anderen Gedanken, als den des Essens, wochenlang nicht in ihnen aufkommen lässt? Sicherlich nicht der gesunkene Zellenbestand des Körpers, eine Annahme, gegen die sich unsere ganze ärztliche Erfahrung auflehnt, sondern die auch der Norm gegenüber gesteigerte Zersetzungsfähigkeit und das Zersetzungsbedürfniss des Organismus. Uebrigens macht der Typhusreconvalescent — ungefähr von der 2. Woche an — durchaus den Eindruck eines Individuums, dessen Lebensfunctionen sich zum mindesten ebenso lebhaft abspielen, wie diejenigen des normalen Menschen. Die stets feuchte Haut, die durch die Transspiration verursachte Steigerung der Wärmeabgabe, welche z. Th. eine compensirende Wärmeproduction erfordert, die Neigung zu neuen Temperaturerhöhungen, die Labilität der Herz- und Nerventhätigkeit, die Unruhe, die bei Männern oft beobachtete sexuelle Erregung und Neigung zu Pollutionen, welche Curschmann neuerdings erwähnt und welche auch zwei unserer Versuchspersonen in ganz abnormer Weise zeigten, all' dies erinnert an jene Zustände, in welchen man eine Zunahme der Oxydationsvorgänge beobachtet hat, z. B. bei Basedowkranken oder bei mit Thyreoideapräparaten behandelten Personen. A. Löwy fand in einem Falle während der Reconvalescenz einen höheren Werth für die O Zehrung, als während des Fiebers selbst, eine Thatsache, die dieser Forscher constatirt, ohne eine definitive Erklärung derselben zu geben. Doch scheinen uns unsere Untersuchungen den Schlüssel dafür zu enthalten. Während der Reconvalescenz ist bloss die Eiweisszersetzung herabgemindert. Um so grösser ist die Zersetzungsenergie für Fette und Kohlehydrate, was seinen Ausdruck darin findet, dass die Bedingungen der Fettablagerung erschwert sind. Die Gewichtszunahme der Typhusreconvalescenten ist daher zum grössten Theile durch die Fleischzunahme bedingt, während der Fettansatz selbst bei reichlicher Nahrung nicht bloss relativ, sondern auch absolut ein geringer ist.

Unter unseren Versuchen legen wir grosses Gewicht auf eine 45 Tage lang fortgesetzte Versuchsreihe an einem jungen Theologen, welche an Genauigkeit einem Thierversuche kaum nachsteht. — Der Kranke, der ruhig im Bette liegend fast fort während die griechische Bibel las und dabei seinen Träumen von künftiger kirchlicher Grösse nachhing, verbrauchte in 6 nacheinanderfolgenden Perioden (Periode II—VII) 48,70 — 48,48 — 48,98 — 50,72 — 46,61 und 42,26 Calorien auf je ein Kilo Körpergewicht (ohne Abzug des Kothes), besass also eine grössere Zersetzungsenergie, als der Gesunde. Trotzdem nahm er — bei einer täglich ca. 3000 Calorien enthaltenden Nahrung — während 42 Tagen um 8330 g zu; von diesen entfielen 7304 g (88 Proc.) auf Fleisch, und bloss 1026 g (12 Proc.) auf Fett, ein Verhältniss, welches bei anderweitig abgemagerten Individuen nie und nimmer zu erreichen ist. Und wir wissen für die Wahrheit unserer Behauptung, dass die Zersetzungsvorgänge in der Reconvalescenz das gerade Gegentheil der febrilen Stoffwechselvorgänge seien, keinen schlagenderen Beweis, als dass wir zu dem genialen Gedanken Senator's, dem zu Folge der Fieberkranke bei gleicher Ernährung eiweissärmer und fettreicher werde als der nicht Fiebernde, die directe Gegenprobe liefern mit dem Satze: «Gleiche Ernährung vorausgesetzt, wird der Typhusreconvalescent eiweissreicher und fettärmer, als ein anderweitig abgemagertes Individuum.»

M. H.! Wir bitten um Entschuldigung, dass wir Ihre Aufmerksamkeit mit diesen Auseinandersetzungen so lange in Anspruch genommen haben, welchen ohne Zweifel ein gewisses theoretisches Interesse zukommt, mit denen wir aber von unserem in der Einleitung gegebenen Programme, nämlich der Skizzirung der bei der Typhusbehandlung zu befolgenden diätetischen Principien, scheinbar noch gar nichts absolvirt haben. Wir sagen «scheinbar», denn es wird nun für Sie ein Leichtes sein, aus dem Gesagten die klaren therapeutischen Consequenzen zu ziehen.

Das uns bei der Typhusbehandlung vorschwebende Ziel kann kein anderes sein, als dasjenige, dem die Natur selber zustrebt, und so können auch unsere Wege nicht von ihren Wegen abweichen. Wir haben gesehen, dass die Stoffwechselstörungen im Typhus bereits den Keim zur späteren Ausgleichung in sich tragen und dass der Organismus schon frühzeitig darauf bedacht ist, mit einfachen Mitteln, durch gesteigerte oder verringerte Activirung physiologischer Functionen zu neuem Material und neuen Kräften zu gelangen. Wie wir also auch in der Einleitung vom praktischen Standpunkte aus angedeutet haben: unser letztes Ziel kann nicht sein, die Abnahme des Körpergewichtes ganz zu verhindern, auch nicht, den Eiweissvorrath des Organismus ängstlich vor jedem Verluste zu schützen, sondern als humiles ministri naturae dahin zu wirken, dass der Kranke nach einer gewissen Zeit wieder zum Menschen werde.

Wenn eine starke Infection den Organismus befällt, so schneidet er gleichsam die Wege ab, die ihn mit der Aussenwelt verbinden. Es ist, als wollte er seinen Kampf mit dem Eindringlinge allein ausfechten. Der Drang nach Nahrung, sonst der heftigste der jedem Lebewesen innewohnenden Triebe, fällt fort; instinctiv meidet das fiebernde Thier das Futter. Auf solche Weise zwingt sich der fiebernde Organismus, den durch die Infection verursachten hohen Eiweissbedarf von seinem eigenen Körper zu decken, sich des vergifteten Protoplasmas zu entledigen und durch Bereitung der immunisirenden Stoffe aus seinem eigenen Körpermateriale Herr der Infection zu werden. Und was immer wir auch in diesem Krankheitsstadium beginnen: stets weiss sich der Organismus mit seinem fieberhaft hoch eingestellten Eiweisszersetzungsvermögen das zu erzwingen, was die gewöhnliche ärztliche Auffassung als für ihn schädlich erachtet, was aber, wie es scheint, in diesem Momente das für ihn Nothwendige, vielleicht Heilbringende ist: die Einschmelzung des Körpereiweisses. Einige unserer Versuche — sie schliessen sich dem bekannten Versuche von Bauer und Künstle an und finden in dem neuen Leydenschen Handbuche Bestätigung — machen es zwar wahrscheinlich,

dass wir die Eiweisszufuhr virtuell so weit steigern könnten, bis das Eiweiss der Gewebe vor der Einschmelzung geschützt wird; doch könnte die Eiweissmenge, welche wir thatsächlich einem solchen acut Fiebernden zuführen können, nur einen geringen Theil des Verlustes ersetzen, selbst dann, wenn es uns gelänge, die Appetitlosigkeit des Kranken niederzukämpfen und seinen auf den Ruhestand eingestellten Magendarmapparat zu maximaler Thätigkeit zu zwingen. Dieses Stadium, dessen Dauer wir speciell beim Abdominaltyphus als bis zur Mitte oder zum Ende der zweiten Woche reichend bemessen würden, kann unserer Ansicht nach überhaupt kaum zum Gegenstande einer wie immer gearteten «diätetischen Therapie» gemacht werden. Dauert es doch beinahe so lange, bis sich der Arzt über die Natur und Schwere der Erkrankung sein Urtheil gebildet hat, bis sich die Intensität der Darmerscheinungen offenbart, bis der Arzt darüber in's Reine kommt, ob der Kranke überhaupt essen und verdauen kann und ob der Reizzustand der Nieren nicht an und für sich eine eiweissreiche Nahrung contraindicirt! Ja, wir glauben, dass weder Wissenschaft, noch Kranker sehr darunter leiden würden, wenn der Arzt während dieser Zeit die ganze Ernährungslehre mit ihren Eiweiss- und Caloriensätzen vergässe und zu den Grundsätzen des grossen Asklepiaden, seinen Tisanen, Schleimabkochungen und säuerlichen Getränken zurückkehrte.

Es ist zwar wahr, dass May den Eiweissumsatz des fiebernden Kaninchens durch Fütterung mit Traubenzucker bedeutend beschränken konnte; dass z. B. Buss schon vor 20 Jahren neben einer forcirten Salicylsäuretherapie durch Einverleibung von 300 g Traubenzucker, 100 g Pepton und grossen Mengen Cognac über verhältnissmässig geringe Gewichtsabnahmen berichten konnte: doch wer wird sich einem appetitlosen, von Diarrhöen gequälten Typhuskranken gegenüber zu solchen Maassregeln entschliessen? Es entspricht zwar den Thatsachen, dass wir durch Antipyretica, welche, wie z. B. grössere Dosen Antipyrin, die Wärmebildung herabsetzen, auch den Eiweissumsatz und -Verlust einschränken können: doch wer wird heute ihre Anwendung urgiren, bevor er sich nicht davon überzeugt hat, dass von Seiten des Herzens und der Gefässe keine Gefahr droht? Wenn aber andererseits der Zustand des Sensoriums oder Störungen im Circulations- oder Athmungsapparat die häufigere Anwendung hydrotherapeutischer Proceduren angezeigt erscheinen lassen, werden wir uns ihnen nicht aus dem Grunde verschliessen, weil sodann auf dem Wege der chemischen Regulation mit der Wärmeproduction auch die Eiweisszersetzung und der Eiweissverlust ansteigt. — Denn, Alles in Allem, sehen wir in der ersten Hälfte des Typhusverlaufes diejenige Periode, in welcher ein Verlust an Körpereiweiss unvermeidlich und wahrscheinlich nothwendig ist und in welcher eine Ernährungstherapie, in welchem Sinne immer, für die Erhaltung des Körperbestandes nur sehr wenig ausrichten kann. — Dass wir die forcirten Ernährungssysteme, wie sie an einigen Orten Englands, Amerikas und Russlands in Mode sind, und in welchen Fleisch, Brod, Pudding etc. eine grosse Rolle spielen, durchaus perhorresciren, brauchen wir doch hier, in der Gesellschaft der Aerzte, nicht eigens zu begründen. Lieber vollständige Inanition zwei Wochen hindurch, als dieses gewaltsame Vorgehen, welches, wie wir früher erwähnt haben, auch der Erhaltung des Körperbestandes nicht Genüge zu leisten vermag.

Die Grundlage der Ernährung wird in diesem Stadium nach wie vor die Milch bilden und zwar empfehlen wir im Hinblick auf die nachfolgende Periode, wenn möglich, langsam auf 1 1/2 Liter pro die anzusteigen; allgemeine Regeln lassen sich hier nicht geben. In jedem einzelnen Falle müssen wir wieder zum Empiriker werden. Auf die Art und Weise der Milchdarreichung, die Verabreichung alkoholischer Getränke, mit einem Worte, die Modalitäten der Ernährung, können wir nun im Rahmen dieses Vortrages nicht eingehen, so viel sich auch darüber sagen liesse. Wir wollen uns eben rein auf die Grundprincipien beschränken.

Wir müssen natürlich darauf gefasst sein, dass der Kranke bei diesem diätetisch «exspectativen», doch bei genauer Berücksichtigung der Mund-, Darmpflege etc. durchaus nicht «nihilistisch» zu nennenden Vorgehen Gewichts- und Eiweissverluste erleiden werde und zwar in bedeutendem Maasse. War doch unser deutlich präcisirtes Versprechen nicht auf die Verhütung der Eiweissverluste, sondern auf die baldige und vollständige Restaurirung des Patienten gerichtet: werden wir es halten können?

Unser actives Eingreifen beginnt in der zweiten Hälfte des Krankheitsverlaufes, wenn sich der Eiweissumsatz des Kranken, sich selbst überlassen, langsam auf einen niedrigeren Werth einzustellen beginnt. Es ist natürlich unmöglich, diesen Zeitpunkt nach einem allgemeinen Schema zu bestimmen. Selbst dort, wo uns ein vollständig eingerichtetes Laboratorium zur Verfügung steht, hat die Controle der täglich entleerten Stickstoffmengen ihre Schwierigkeiten. Auf unserer Klinik ist, wie Sie wissen, auf Grund der Arbeiten Alex. v. Korányi's die Bestimmung der Gefrierpunkterniedrigung des Harnes eingeführt, aus welcher wir — nach Abzug der NaCl-Molecüle — die Menge der im 24-stündigen Harn gelösten Molecüle berechnen. Da diese beinahe sämmtlich dem im Organismus zerfallenen Eiweiss entstammen, lässt sich nach einem gewissen Schlüssel mit annähernder Sicherheit auf die Grösse des Eiweissstoffwechsels schliessen. Doch erfordert auch dieses Vorgehen, welches sich durch seine leichte Ausführbarkeit empfiehlt, die Hilfsmittel eines Laboratoriums. — Wir müssen eben in jedem einzelnen Falle sorgfältig jedwede Aeusserung des Krankheitsverlaufes erspähen, aus welcher hervorgehen könnte, dass in dem Kampfe zwischen Infection und Organismus der letztere die Oberhand zu gewinnen beginnt. Solche Zeichen können — gute Beobachtung vorausgesetzt — leichte, doch mehrmals hintereinander eintretende Morgenremissionen sein, ferner das Kräftigerwerden des Pulses, das Aufhören des Dikrotismus, das Freierwerden des Sensoriums, vielleicht auch das stärkere Ansteigen der Agglutinationscurve. Endlich könnte auch die wieder beginnende Speichelsecretion, welche der quälenden Trockenheit des Mundes ein Ende bereitet, oder eine wenn auch leise Regung des Appetites uns zu wissen geben, dass der bisher auf sich selbst gestellte Organismus die Hilfe von aussen nicht mehr zurückweisen würde.

Wir haben schon mehrere Male die Aufgabe auseinandergesetzt, welche in diesem Stadium unser harrt: den Körper in seinem Bestreben zu unterstützen, seinen Eiweissstoffwechsel so niedrig als möglich zu gestalten. Dies zu erreichen, stellen wir vor Allem die Regel auf: wenig Eiweiss einführen! Wir wollen uns in keine Wiederholungen einlassen und verweisen nur auf den vorher besprochenen Fall, in welchem ein mit Eiweiss überernährtes Individuum sich in der Reconvalescenz nicht diese nothwendigste Vorbedingung des Fleischansatzes verschaffen konnte. Vom Standpunkte der Praxis ist diese Regel um so wichtiger, als man ja gegen Ende der Erkrankung gerne auf das Drängen der Angehörigen oder zur Beruhigung des eigenen Gewissens dem bisherigen Milchsuppenregime Eier oder feingehacktes Fleisch zusetzt und auch die künstlichen Eiweisspräparate, deren wir ja so eine grosse Auswahl besitzen, am fleissigsten verordnet. Abgesehen davon, dass im Stadium der Geschwürsbildung auch der Zustand des Darms die grösste Vorsicht erheischt, müssen wir auch aus den erwähnten Gründen dazu rathen, bei der die Vortheile eines bekannten Eiweissgehaltes bietenden Milch und den aus ihr darstellbaren flüssigen Präparaten zu bleiben. Und zwar in erster Linie aus dem Grunde, weil wir durch ständige Einführung von wenig Eiweiss, wie es die in 1 1/2 Litern enthaltenen 50—55 g sind, den Eiweissverbrauch des Organismus gleichfalls — um uns eines rohen Vergleiches zu bedienen — langsam zu diesem niedrigen Niveau herabziehen können. Je mehr wir uns dem Ende der Krankheit nähern, um so mehr nähert sich auch der thatsächliche Eiweissumsatz der Menge des eingeführten Eiweisses, um so geringer werden auch die täglichen Eiweissverluste. Zu dieser Zeit ist es dann vollständig irrelevant, ob, wie in dem oben erwähnten Falle forcirter Ernährung, 11 g oder — bei geringerer Eiweisszufuhr — 20—25 g vom Organismus zu Verlust gehen.

Der zweite Weg, auf welchem wir zu einem niedrigen Stande der Eiweisszersetzung gelangen können, besteht darin, dass wir die N-freien Nährstoffe in immer grösseren Mengen reichen, wobei natürlich die Consistenz, die Verdaulichkeit und die Resorbirbarkeit derselben in Betracht gezogen werden muss. Vergessen wir nicht, dass dies die Zeit ist, in welcher die N-freien Substanzen das Eiweiss aus den Verbrennungsprocessen zu verdrängen

beginnen und wir von ihnen bereits eine bedeutendere eiweisssparende Wirkung erwarten dürfen. Hiermit gelingt es, nicht bloss den Eiweissumsatz, sondern auch den Eiweissverlust auf ein Minimum herabzudrücken. Das soeben erscheinende «Handbuch der Ernährungstherapie» Leyden's, welches sich allen Details mit solcher Sorgfalt zuwendet, sowie unser eigentliches Vortragsprogramm entheben uns der Mühe, alle hier in Betracht kommenden Nahrungsmittel nacheinander kritisch aufzuzählen; wir möchten bloss auf die beiden Nahrungsmittel hinweisen, mit Hilfe derer wir den Nährwerth der Milch am leichtesten ohne Vermehrung ihres Eiweissgehaltes steigern können: nämlich den Milchzucker, wenn wir die Kohlehydrate, und die Sahne, wenn wir die Fette vermehren wollen. So führen wir z. B. mit 100 g Milchzucker über 400 Calorien, mit einem halben Liter Sahne 1200 Calorien ein. Wenn es uns möglich ist, beides zu dem als Standardwerth angenommenen $1\frac{1}{2}$ Liter Milch zu mischen, so haben wir den Nährwerth der letzteren um mehr als das anderthalbfache vermehrt, ohne ihren Eiweissgehalt wesentlich gesteigert zu haben. Auch den eiweisssparenden Effect des Leimes werden wir uns in diesem Stadium nutzbar zu machen suchen, obzwar wir ihn nicht in den Kreis unserer Untersuchungen mit einbezogen haben.

Die eigentlichen Früchte unserer Bemühungen werden wir aber erst im Reconvalescenzstadium ernten. Das Fundament zu unserer Aufgabe, der Fleischmast, haben wir schon gelegt, als wir die ohnehin schon geringer werdende Eiweisszersetzung des Organismus künstlich herabdrückten; nun folgt der zweite, in Folge des immer lebhafter werdenden Appetites der Patienten wesentlich leichtere Theil unserer Aufgabe, nämlich die Steigerung der Eiweisszufuhr. Erinnern wir uns daran, dass wir zur Erzielung einer gewissen Eiweissretention um so geringere Mengen einführen müssen, je niedriger der kritische Werth der Eiweisszersetzung war, mit welchem der Kranke in die Reconvalescenz eintrat. Der kritische Eiweissumsatz, dessen Grösse natürlich nicht bloss von den Ernährungsverhältnissen der vorigen Periode abhängt, sondern auch je nachdem die Krankheit plötzlich oder verschleppt endete, auf und abschwanken kann, beträgt bei einem mittelschweren, 3—4 Wochen lang dauernden Typhus, bei vorstehender Art der Ernährung, 60—70 g, vielleicht auch etwas weniger. Wenn wir nun der Nahrung bloss 50 g Eiweiss zufügen, so bleibt diese ganze Menge bereits als Ueberschuss dem Organismus erhalten — Material zu ca. 240 g Muskelfleisch! Wie leicht ist es, diese 50 g Eiweiss auf Grund der durch die allgemeine ärztliche Praxis recipirten Reconvalescentenküche zusammen zu bringen, selbst wenn wir die dem Kranken bereits lästig gewordene Milch nicht neuerdings steigern wollen! Hiezu kommt noch, dass in dieser Periode die bald über-, bald unterschätzten künstlichen Eiweisspräparate (Somatose, Eucasin, Tropon, Puro etc.) eine wirkliche Bereicherung unserer diätetischen Rüstkammer bilden. Bei einer derartigen Handhabung der Diätetik schonen wir einerseits die Gefühle Derjenigen, die sich bei frühzeitiger Einleitung reichlicherer Reconvalescentenernährung von der Furcht vor Recidiven, selbst später Perforationen, nicht freimachen können, wie es andererseits zu unserer Beruhigung dient, dass die frühzeitige und reichliche Retention von Eiweiss auch der Heilung eventueller lentescirender Darmgeschwüre Vorschub leisten und so den Eintritt dieser Complicationen immer unwahrscheinlicher machen muss. Ja, wenn sich nach einer gewissen Zeit eine Nachkrankheit zeigte, so würde diese ein gekräftigtes, eiweiss-, blut- und muskelreiches Individuum vorfinden!

Nun haben wir die Fleischmast vollständig in unserer Gewalt; sie ist nach denselben Principien zu leiten und fast ebenso leicht zu bewerkstelligen, wie unter normalen Verhältnissen die Mästung auf Fett. Das Hauptprincip ist: Je mehr Eiweiss zu der Nahrung hinzugefügt wird und je geringer der anfängliche Eiweissgehalt derselben war, umso grösser ist die Menge des retinirten Eiweisses, umso rapider erfolgt die Gewebeneubildung, umso rascher erstarkt der Kranke. Fernerhin: Je mehr N-freie Substanzen wir reichen, d. h. je calorienreicher die Nahrung im Allgemeinen ist, umso grösser ist der Eiweissansatz. Unsere Tabellen zeigen, dass ein so behandelter Kranker, der mit 3324 Calorien 117 g Eiweiss einführte, vom 34. bis zum 45. Tage der Reconvalescenz täglich von 103 g im Darme resorbirtem Eiweiss 47,15 g, also beinahe die Hälfte, zum Ansatz brachte. Allerdings hatten wir an den ersten Tagen der Reconvalescenz die Eiweisszersetzung sehr stark, unter 40 g, herabgedrückt.

Diese kurze therapeutische Skizze, welche die praktischen Consequenzen unserer vorhergehenden Ausführungen enthält, bezieht sich selbstredend bloss auf den durchschnittlichen, mittelschweren Typhusfall, welchen wir auch unserer Analyse der Stoffwechselstörungen zu Grunde legten. Es ist natürlich, dass wir hiemit bloss die Grundzüge unserer Untersuchungen vorführen konnten; doch wenn wir auch die Summe unserer Resultate, wie sie vor uns zusammengestellt sind, überblicken, so müssen wir uns gestehen, dass wir bloss das Gerüst construiren konnten, mittelst welchem an der rationellen Typhusdiätetik weiter gebaut werden kann. Wie wir einerseits hoffen, dass man unsere Befunde bestärken wird, so erwarten wir auch andererseits, auf Grund umfassenderer Untersuchungen, Abänderungen und Modificationen derselben. Wir bitten die geehrte Gesellschaft der Aerzte, unsere bescheidenen Propositionen für das zu nehmen, wofür wir sie selbst betrachtet zu wissen wünschen: für den ersten Versuch einer rationellen, auf wissenschaftlicher Basis aufgebauten und dabei doch den Spuren der Natur folgenden Typhusdiätetik.

Ueber die Pest.

Von Dr. *Wetzel*, k. Landgerichtsarzt.

(Schluss.)

Der Pestbacillus,

entdeckt 1894 von Kitasato und Yersin in Hongkong, wurde bereits 1879 von Virchow in einem Vortrag über die Pest von Wetlianka in prophetischer Weise mit den Worten angekündigt:

«M. H.! Für mich erscheint die Aehnlichkeit der Pest mit dem Milzbrand so gross, dass ich es für möglich halte, einen Organismus zu finden, welcher Träger der Affection ist.»

Dieser Bacillus ist einer der kleinsten unter den pathogenen Organismen. Er tritt nach Metschnikoff unter der Gestalt eines Coccobacillus auf, ist zuweilen von fast rundlicher Form (Degenerationsform) oder bildet auch längere Ketten.

Sie sehen ihn hier unter dem Mikroskop. Es ist ein kurzes Stäbchen von 1 μ Länge und 0,3 μ Breite, dessen Enden abgerundet sind und die Eigenschaft haben sollen, dass sie sich etwas stärker färben als die Mitte.

Der Bacillus hat folgende Eigenschaften:

Durch Austrocknen stirbt er in 4 Tagen, bei directer Sonnenbestrahlung in 4 Stunden, bei 100° C. stirbt er in 10 Minuten.

Auf Nährböden cultivirt verliert derselbe bald seine Virulenz, schwache Culturen werden aber hochvirulent, sobald sie durch Thiere durchgegangen sind.

Im Blute der Pestkranken ist er in 77 Proc. der Fälle ohne Weiteres zu sehen, in 81 Proc. durch das Culturverfahren nachzuweisen.

Im Blut ist er noch 10 Tage nach dem Erlöschen des Fiebers nachgewiesen worden, im Urin 4—6 Wochen darnach, dessgleichen in dem Blut aus der Gegend der Bubonen.

Der Bacillus findet sich in der Leiche in Lunge, Herz, Leber, Milz, Nieren, Magen- und Darmwandungen, sowie in den Bubonen, am Lebenden im Blut, besonders gerne in weissen Blutkörperchen eingeschlossen, spärlich im Drüseneiter, Auswurf (18 mal von 20 Fällen), Darmentleerungen, Urin.

Bezüglich der Auffindung am Lebenden weist Sticker in Giessen auf Grund seiner Erfahrungen in Bombay darauf hin, dass die Constatirung des Bacillus bei der reinen Bubonenpest meist nicht gelingt, bei der Prägnanz dieses Krankheitsbildes aber auch zu entbehren ist, dagegen gelänge der Nachweis leicht im Secret der Pestpustel, bei der Lungen- und Darmpest. Bei der Bubonenpest sei der Bacillus allerdings im Blut angestochener Bubonen vorhanden, diese Procedur hält Sticker aber nicht für zulässig. Wilm gibt folgende Regeln an:

Zur Untersuchung des Blutes sticht man eine Hautpartie nach vorheriger Desinficirung mit ausgeglühter Nadel an, man findet dann meist 1—3 Bacillen im Gesichtsfeld des gefärbten Präparates, zuweilen im ganzen Präparat nur so viele.

Fällt diese Probe negativ aus, so legt man eine Cultur in Agar oder alkalischer Peptongelatine bei 37°, wie bereits erwähnt an, und findet den Bacillus dann nach 1—2 Tagen entwickelt.

In zweiter Linie untersucht man den Urin, in welchem man fast stets Eiweiss und Bacillen findet, eventuell empfiehlt sich

auch hier, sowie bei der Untersuchung der Faeces, das Culturverfahren.

Das Blut angestochener Bubonen enthält fast stets den Bacillus.

Im Buboneneiter finden sich die Bacillen spärlich, oft vereinzelt mit Staphylococcen und Bacterium coli.

Die Prognose dieser Krankheit ist immer noch eine sehr trübe. Es werden 85—90 Proc. Todesfälle berechnet. 70 Proc. davon sterben innerhalb des 1.—6. Tages, wer darüber hinaus kommt, erliegt oft noch später dem Eiterfieber.

Immerhin besteht nach 6—10tägiger Dauer der Krankheit Hoffnung auf Genesung, die sich häufig über 1—4 Monate hinzieht. Der Tod erfolgt im Collaps, im Coma, Convulsionen, Erschöpfung, Pyaemie.

Recidive wurden nicht beobachtet.

Von Nachkrankheiten werden ausser der bereits erwähnten complicirenden Keratitis zahlreiche Affectionen des Nervensystems, Vaguslähmung, Amaurose, Paraplegie etc. von Sticker erwähnt.

Die Therapie ist eine sehr dürftige. Sie beschränkt sich auf chirurgische Behandlung der Abscesse und Phlegmonen und symptomatische Maassregeln. Wilm rühmt das Phenacetin zu 0,7—1,0 zur Dämpfung des Fiebers und der dadurch bedingten Aufregungszustände. Im Uebrigen gilt nach Sticker heute noch der dem 14. Jahrhundert entnommene Satz:

Curationem omnem respuit pestis confirmata.

Es musste unter diesen Umständen grosse Hoffnung erwecken, als Yersin bald nach seiner Entdeckung des Pestbacillus ein Mittel zur Heilung der Pest gefunden zu haben schien in seinem immunisirendem Pestserum.

Verhältnissmässig bald gelang es, Kaninchen mit Einspritzung von Culturen, die bei 58° C. abgetödtet waren, zu immunisiren.

Yersin spritzte nun Pferden erst sterilisirte, dann successive virulentere Culturen in eine Vene, darauf trat jedesmal eine heftige Reaction auf; es wurde jedoch von einem Pferde, das 1 Jahr lang, zuletzt mit lebenden Culturen, immunisirt war, ein Serum gewonnen, mit dem es Yersin gelang, von 26 Erkrankten 24 zu retten. Es wurde am 1. bis 4. Tag der Erkrankung zwischen 20 und 90 ccm eingespritzt.

Leider ging mit dem später gewonnenen Serum die günstige Wirkung verloren, wahrscheinlich wegen Kürze der Immunisirungszeit, und die österreichische Commission vom vorigen Jahr bezeichnet ausdrücklich das Pestserum als unwirksam. Dieses letztere Serum wurde, soviel ich weiss, von Roux, einem Schüler Yersin's, gewonnen, der in Garches bei Paris 25 Pferde immunisirte.

Immerhin wird von Metschnikoff angegeben, dass diesem Serum eine Schutzwirkung zukomme, denn 2 Aerzte der österreichischen Commission in Bombay, und auch später solche der russischen Commission, die präventiv geimpft waren, verletzten sich bei Sectionen, ohne Schaden zu nehmen.

Diese Schutzwirkung soll übrigens nicht lange dauern, zwischen 12 und 42 Tage, und wird desshalb vorgeschlagen, alle 10—15 Tage 5—10 ccm Serum zur Schutzimpfung zu verwenden.

Was die Theorie dieser Immunisirungsversuche anlangt, so basiren dieselben bekanntlich auf der Erfahrung, dass ein Individuum, das von einer Infectionskrankheit genesen ist, eine Zeit lang von derselben verschont zu bleiben pflegt Man hat sich diese Thatsache nun so zurecht gelegt, dass man annimmt, dass durch die eingedrungenen Infectionsträger im Körper eine Gegenreaction veranlasst werde, die zur Bildung schützender Stoffe, die den Eiweisskörpern zuzuzählen sind und Proteine genannt werden, führen. Diese Proteine führten im Körper eine vermehrte Bildung weisser Blutkörperchen, eine Leukocytose herbei. Diese Leukocytose hat nun Metschnikoff als das Wesentliche betrachtet, und behauptet, die weissen Blutkörperchen stürzten sich auf die eingedrungenen Bacillen, schlössen sie ein und machten sie unschädlich. (Fresszellentheorie.) Ganz dieselbe Erklärung der Pestimmunität habe ich vor Kurzem von Metschnikoff nahestehender Feder gelesen, wesshalb ich mir erlaubte, darauf zu sprechen zu kommen. Metschnikoff stützt sich hiebei auf den von allen Autoren anerkannten Umstand, dass man im Blute Pestkranker mit Vorliebe die Pestbacillen in weissen Blutkörperchen eingeschlossen findet. Es ist aber bereits allerseits nachgewiesen, dass diese eingeschlossenen Bacillen nicht mehr virulent sind, und dass die Leukocyten in diesem Fall nicht die Sieger, sondern nur die Todtengräber zu spielen haben. (Prausnitz.)

Nun, m. H., wo die Therapie keine Erfolge hat, da bleibt nur übrig, der

Prophylaxe erhöhtes Augenmerk zuzuwenden. Im Allgemeinen deckt sich die Prophylaxe mit den bei der Cholera als richtig allgemein anerkannten Grundsätzen.

Individuell wird man nicht viel mehr thun können, als den Verkehr mit Pestorten sowie pestverdächtigen Provenienzen zu meiden, bei der Einnahme der Nahrungsmittel vorsichtig zu sein, eventuelle kleine Hautverletzungen sorgfältig zu pflegen und überhaupt Excesse in jeder Beziehung zu vermeiden.

Zur pestfreien Zeit ist der Hygiene der Häuser und dem Zustande der Wasserversorgung ein besonderes Augenmerk zuzuwenden.

Kranke müssen isolirt werden, Verdächtige sind auf 9—10 Tage zu beobachten. Etwa in's Spital mitgebrachte Wäsche und Kleider der Kranken sind zu verbrennen. Die Dejectionen sind zu desinficiren, desgleichen die Aborte und die Krankenräume.

Wilm empfiehlt einen Anstrich der Wände und Fussböden mit Kalkmilch, der nach 3 Stunden wiederholt wird und nach dem vollständigen Trocknen wieder abgescheuert werden kann.

Die internationale Pestconferenz vom Jahre 1897 zu Venedig einigte sich über folgende Desinfectionsmittel: 1. Sublimat 1:1000 mit Zusatz von 10 Chlornatr. 2. 5 proc. Carbollösung eventuell mit Seifenlösung. 3. Kalkmilch.

Hievon ist Sublimat und Carbol zur Desinfection von Wäsche und Kleidern (auf die Dauer von 6 Stunden einzulegen), Kalkmilch zur Anwendung bei Erbrochenem und Dejection bestimmt.

Eine 1:1000 Sublimatlösung mit 100,0 Alkoholzusatz dient auch noch zur Desinfection der Krankenräume auf Schiffen, man wendet dieselbe mit dem Spray an so lange, bis die ganze Wand von oben bis unten mit feinen Tröpfchen bedeckt ist. 2 Stunden darnach kann wieder Alles mit Wasser abgewaschen werden.

Bezüglich der Schiffsladung werden trockene Gegenstände, in denen sich der Bacillus nicht hält, nicht beanstandet, feuchte unterliegen der Desinfection.

Ausserdem hat man auch strenge Vorschriften erlassen über die Behandlung verseuchter oder seucheverdächtiger Schiffe nach Analogie des Verfahrens bei Cholera.

Auf ein Moment ist man gelegentlich dieser Pestepidemien aufmerksam gemacht worden, nämlich auf eine bessere Beaufsichtigung der Segelschiffe, welche die Mohamedaner Hinterindiens und der Sundainseln alljährlich zur Zeit der Hedschra (13. Sept.) nach Mekka und Medina bringen. Diese Schiffe beherbergen oft viele Hunderte von Reisenden, die wie die Hammel auf dem Verdeck untergebracht sind, sich selbst verköstigen und sich aus den Aermsten des Landes recrutiren, die es als das einzige Ideal ihres Lebens anstreben, nur einmal die Stätte Mohameds sehen und dann, wenn nöthig, sterben zu können. Auf diesen Schiffen befand sich gewöhnlich kein Arzt, die Aborte wurden für eine so grosse Anzahl Menschen am Steuer- und Backbord improvisirt, indem ein Gerüst in die See hinaus gebaut wurde, wobei sich natürlich eine Verunreinigung der Schiffswände von selbst ergab. Sowohl auf den Schiffen, sowie nach der Landung in Djeddah, welches ja auch in der That mit Pest inficirt wurde, trat unter dieser minderwerthigen Bevölkerung dann ein grosses Sterben auf.

Nun, m. H.! Ich glaube unsere Ausführungen über die Pest nicht besser abschliessen zu können, als indem ich Ihnen zum Schluss die Leitsätze, in denen Wilm seine Schilderung der Pesterkrankungen in Hongkong zusammenfasste, wörtlich wiederhole:

«1. Die Pest ist eine äusserst bösartige, acut fieberhafte Krankheit mit ausgesprochenem Status typhosus, in deren Verlauf meist Bubonen und Abscesse, sehr selten Carbunkel auftreten.

2. Die Pest ist eine Krankheit, welche sich durch entzündliche Schwellung der äusseren und inneren, zumal der intestinalen Lymphdrüsen, grossen Milztumor, parenchymatöse Störungen in Leber und Nieren, Entzündung der Hirnhäute und durch die Entstehung von Haemorrhagien charakterisirt.

3. Die Pest ist eine Krankheit, bei der im Blute, in den Organen, im Speichel, Urin, Koth des Erkrankten ein specifischer Bacillus vorhanden ist, der in Reincultur auf verschiedene Thierarten übertragen, bei denselben die gleiche Krankheit hervorruft.

4. Die Pest ist also als eine acute Infectionskrankheit anzusehen, welche hervorgerufen wird durch einen specifischen Bacillus.

Der Bacillus gelangt in den Körper durch Wunden der Haut und durch die Schleimhäute des Verdauungstractus (und der Respirationsorgane).

Der Bacillus wird durch den Buboneneiter, den Koth, den Urin und den Auswurf aus dem Körper ausgeschieden, findet sein Fortkommen an feuchten und schmutzigen Orten und an Gegenständen, die mit Pestkranken in Berührung gekommen sind, und ist gegen Austrocknung sehr empfindlich.

Die Schutz- und Abwehrmaassregeln gegen die Pest bestehen, wie bei Cholera, in Reinhaltung und Assanirung der Städte und Flüsse nach den allgemeinen hygienischen Grundsätzen und in der gewöhnlichen Fürsorge gegen die Infection durch eine gute Körperpflege und durch die Beobachtung einer strengen, gesundheitlichen Lebensweise, besonders in Bezug auf Nahrungs- und Genussmittel[1].»

Nun, m. H.! Sie werden gleich mir zu der Ueberzeugung gekommen sein, dass das Wesen der Pest nun völlig aufgedeckt ist, dass die Pest zur Zeit mit zu den am besten studirten Krankheiten gehört. Nicht zum geringsten Theile verdanken wir dies deutschem Fleiss und deutscher Arbeit. Erfüllt uns schon dies an sich mit Stolz, so können wir noch mehr die Forschungsresultate der letzten 4 Jahre mit Befriedigung betrachten, weil wir diesen Feind, der ja nun wohl ab und zu an unsere Thüren klopfen wird, nunmehr genau kennen, und somit mit unseren Abwehrmaass-

[1]) O. Wilm, Marinestabsarzt: «Ueber die Pestepidemie in Hongkong im Jahre 1896.» Hygienische Rundschau. 1897.

regeln in zielbewusster Weise vorgehen können. Es ist ja durchaus unwahrscheinlich, dass die Seuche je wieder einen solchen Verheerungszug durch Deutschland, bezw. Europa, machen wird, wie im Mittelalter, dazu sind wir in unseren, wie zugegeben werden muss, immerhin noch nicht ganz tadellosen hygienischen Einrichtungen doch bereits zu weit, sollte es aber je einmal der Fall sein, dass ein Keim eingeschleppt wird, so dürfen wir dem wohl mit Ruhe entgegensehen und mit der Ueberzeugung, dass wir auch gegen diesen Feind gerüstet sind.

Literatur:

Ziemssen: Spec. Pathol. u. Therap. 1876. II, 1 (Liebermeister).
Eichhorst: Pathol. und Ther. 1891.
Ferner die Kritiken, Referate und Artikel, welche sich finden in:
Aerztl. Intelligenzblatt. 1879.
Münch. med. Wochenschr. 1896. 1897. 1898.
Berl. klin. Wochenschr. 1879. 1898.
Hygienische Rundschau. 1897.

Referate und Bücheranzeigen.

Hermann Weber-London: Die Bedeutung der Heredität für die Lebensversicherung. Treatment No. 24, 1898.

In dieser kurzen Abhandlung bietet der bekannte deutsch-englische Kliniker eine grosse Reihe von Erfahrungen und Winken dar, welche für jeden Vertrauensarzt, besonders aber für solche, die es werden wollen, höchst werthvoll sein dürften. Es ist zwar nicht möglich, in einem kurzen Referate diesem Vortrag ganz gerecht zu werden, denn die Details sind dabei fast die Hauptsache; immerhin mag Folgendes als wesentlich hervorgehoben werden:

Zunächst ist zu unterscheiden zwischen Familien a) mit mittlerer Lebensdauer, b) langlebigen und c) kurzlebigen Familien. Bei Mitgliedern der ersten Rubrik ist anzunehmen, dass, falls sie überhaupt Mannesalter erreichen, sie nicht vor dem 60. bis 72. Lebensjahr sterben werden. Zu den langlebigen zählt man solche, welche bis 75 und 90 Jahre leben und darüber. Diese Classe zeichnet sich durch eine grosse Widerstandsfähigkeit auch gegen acute Erkrankungen (Typhus abdominalis, Influenza, Syphilis etc.) noch jenseits der Sechziger aus. In Folge dessen hat Verfasser Petenten dieser Gruppe, sogar wenn sie mit Gicht, Mitralinsufficienz rheumatischen Ursprungs und selbst gelegentlich mit Aortenaffection und abgelaufener Phthise behaftet waren, zum Vortheil der Gesellschaft zur Annahme gebracht ohne oder mit nur geringer Erhöhung der Prämie. Dabei können einzelne weniger wichtige Organe, z. B. Zähne, Haare, sogar die Geschlechtsorgane und das Gehirn etwas defect sein, ohne dass dies eine wesentliche Erhöhung der zu zahlenden Beiträge zu bedingen brauchte. Auf der anderen Seite bilden die Familien mit der Tendenz zur Kurzlebigkeit eine ebenso grosse Gefahr für die Versicherungsgesellschaften, wie die langlebigen ihnen von Nutzen sind. Von dieser Classe sieht man meist alle Mitglieder schon vor dem 60. Lebensjahr mit Tod abgehen, sei es an irgend einer acuten oder chronischen Erkrankung oder an vorzeitiger allgemeiner seniler Involution. Namentlich sind Kinderversicherungen bei dieser Classe nur mit grosser Vorsicht anzunehmen, und im Allgemein empfiehlt es sich, einen hohen Zuschlag zu fordern oder die Einzahlung der Prämien vor Ablauf etwa des 42. bis 45. Lebensjahres bewerkstelligen zu lassen. Als günstiges Moment wirkt oft ein vollständiger Klimawechsel bei solchen Individuen. Gegenüber der neuerdings mehr in den Vordergrund gestellten Infectiosität der Tuberculose legt W. grosses Gewicht auf die hereditäre Belastung, wobei zu berücksichtigen sind Zahl und Verwandtschaftsgrad der Verstorbenen, sowie Alter des Petenten und dessen persönliches Befinden und Lebensweise. Nach Ablauf des 30. Lebensjahres nimmt allerdings die Gefahr bis zum 40. und noch mehr nach dem 50. stetig ab, hört aber niemals ganz auf.

Emphysem und Bronchitis können auch zu Bedenken Anlass geben, wenn mehrere Mitglieder der Familie vor dem 65. Jahr daran gestorben sind. Eine Disposition zur Entwicklung von Carcinomen kommt zweifelsohne hereditär vor und hat namentlich beim weiblichen Geschlecht eine etwas ungünstigere Prognose quoad longitudinem vitae zur Folge, doch braucht man einem vereinzelt vorgekommenen Falle nicht allzuviel Bedeutung beizulegen. Beim Capitel Diabetes ist zu bemerken, dass man die einfache Glykosurie nicht mit demselben auf die gleiche Stufe stellen darf. Aber auch letztere verdient Beachtung, namentlich wenn mehrere Mitglieder der Familie bereits daran gestorben sind, und man wird gut thun, auch in einem sonst günstigen Falle bis zum 50. Jahr einen mässigen Zuschlag zu fordern. Besteht aber bereits Glykosurie und lässt sich die Zuckerausscheidung nicht durch Regelung der Diät exact beseitigen, so muss Petent lieber überhaupt abgewiesen werden. Desgleichen ist die Gicht ein wichtiger hereditärer Factor, obgleich dieselbe natürlich auch primär acquirirt wird. Ausser bei sehr langlebigen Familien ist bei so belasteten Petenten ein Aufschlag indicirt, namentlich wenn der Betreffende selbst schon daran gelitten hat. Schwerere Belastungen bilden einen Grund zur gänzlichen Abweisung, ebenso ein selbst geringer Eiweissgehalt im Urin bei einem solchen Fall im mittleren Lebensalter. Dagegen kann man bei sonst günstigen Verhältnissen Rheumatismus und Arthritis deformans als hereditäre Factoren ausser Betracht lassen. Rheumarthritis, obgleich ohne Zweifel eine Infectionskrankheit, lässt immerhin eine gewisse vererbbare Disposition erkennen und bei jugendlichen Antragstellern ist, falls mehrere nahe Verwandte daran gestorben sind, jedenfalls ein Zuschlag angezeigt. Man kann öfters ein Abwechseln mit Phthise in manchen Familien beobachten, und in solchen Fällen ist der Gelenkrheumatismus, wenn er etwa zur Entstehung eines Mitralfehlers Anlass gegeben hat, als geradezu der phthisischen Disposition gegenüber ganz günstig zu betrachten.

Das erbliche Moment ist ferner nicht zu verkennen betreffs Herz und Blutgefässe, sowohl ad malam als ad bonam partem, sowie auch betreffs der Entstehung von Gallensteinen, Nierensteinen, Haemorrhoiden, Morbus Brightii, Haemophilie und auch des Acquirirens von Infectionskrankheiten. Von geringerer Bedeutung ist das Vorkommen von Nervenleiden und selbst Geistesstörungen, obgleich in den Fragebögen hiernach meist speciell gefragt wird. Die Dipsomanie wirkt dagegen entschieden ungünstig, nicht nur durch Beispiel allein, sondern auch durch directe Uebertragung der pathologischen Neigung. Auch Struma bedingt eine Erhöhung der Prämie.

Alle vorhandenen Dispositionen werden durch eine Eheschliessung zwischen Verwandten erheblich gesteigert.

Philippi.

Hüppe Ferdinand: Handbuch der Hygiene. Mit 210 Abbildungen. Berlin 1899, A. Hirschwald. 664 S.

Das neue Handbuch stellt sich zweifellos als eine bedeutende Erscheinung auf dem Gebiete der Hygiene dar, wie dies bei der ausgesprochenen Eigenart und dem weiten Blick seines Verfassers, der es nicht liebt, ausgetretene Pfade zu wandeln, nicht anders erwartet werden konnte. Die Hygiene aber bedarf solcher Werke; und wenn sie heute stolz von den Errungenschaften ihrer unmittelbaren Vergangenheit zehrt, von dem, was die Schulen von Pettenkofer, Pasteur und Koch Grosses geleistet haben, so darf sie dabei nicht endgiltig stehen bleiben, sollen ihr nicht die Aufgaben modernen Culturlebens, die vielfach eine ganz neue Anstrengung und veränderte Gesichtspunkte zu ihrer Lösung verlangen, über den Kopf hinauswachsen. Es handelt sich, um es in einem Schlagwort zu sagen, um die Anpassung des modernen Menschen an die Bedingungen des Culturdaseins, die — für Deutschland insbesondere — noch weitaus nicht erreicht ist. Dasjenige Volk, dem diese Anpassung am besten gelingt, wird aufwärts gehen und darf zuversichtlich seiner Zukunft entgegensehen. Dasjenige, dem sie misslingt, mag sich auf die Rolle allmähligen Niedergangs — wofür wir in Europa schon drohende Beispiele haben — im Voraus gefasst machen. Uebrigens bezieht sich die Anpassung selbstverständlich nicht nur auf die physische Seite des Daseins allein, sondern, da der Mensch ausser seiner Leiblichkeit auch eine geistige und sittliche Existenz führt, gleichmässig auf alle diese Aeusserungen seiner Thätigkeit. Nur ist für den Hygieniker naturgemäss das Physische immer das Nächstliegende, ohne dass er jedoch des engen, ja unaufhörlichen Zusammenhangs der verschiedenen Seiten des menschlichen Wesens je vergessen und

etwa in die heute landläufige Thorheit verfallen dürfte, zu glauben, dass Sittlichkeit nur aus religiös-dogmatischen Gründen gefordert sei und nicht schon aus Gründen echten, reinen Menschenthums überhaupt. In dieser Beziehung hat leider Hufeland in seiner Makrobiotik vor 100 Jahren der heutigen Menschheit über den innigen Zusammenhang von leiblichem und sittlichem Gesundsein noch ganz umsonst gepredigt. Ja, die weitesten und maassgebendsten Kreise haben heute sogar viel weniger Verständniss dafür, als sie es vor 100 Jahren gehabt hatten.

Etwas von jenem neuen Geiste, der uns Noth thut, ist nun in Hüppe's Buch zu verspüren. Sein Ziel ist, «das Nachdenken zu erwecken und das Verständniss des ganzen Volkes für unsere Aufgaben zu gewinnen», und Hüppe meint mit Recht, dass dies für die Bestrebungen der modernen Hygiene ebenso wichtig sei, wie das wissenschaftliche Forschen. Wir wüssten in der That keine Darstellung der Hygiene, die hiezu mehr geeignet sein könnte als die seinige, die in ihrer durchaus geistvollen Behandlung der Probleme ungemein anregend wirkt; wenn auch dabei nicht verkannt werden soll, dass manchmal eine schlichtere Darstellung des Thatsächlichen — je nach der Art des Lesers — in einem Lehr- oder Handbuch vielleicht mehr am Platze sein dürfte. Wir denken uns desshalb den Leserkreis des Hüppe'schen Werkes auch hauptsächlich im Bereich der gereifteren Aerzte und überhaupt der Gebildeten, Erzieher, Verwaltungsbeamten u. s. w., denen die immer wichtiger werdende Hygiene kaum besser in wissenschaftlicher und zugleich doch in anziehender Form nahe gebracht werden kann.

Hüppe's Standpunkt in der Infectionslehre ist bekannt. Mit der allgeläufigen, der heutigen bacteriologischen Richtung zwar nicht dogmatisch innewohnenden, aber auch nie genügend von ihr bestrittenen Auffassung des Bacillus als «Ens morbi» hat er längst gebrochen, weil dabei die Bedingungen der Organisation zu kurz kommen, die er als «wahre innere Ursachen» dem Bacillus als dem «auslösenden Anstoss» entgegensetzt. Zur Veranschaulichung heisst es beispielsweise über die Gährungsvorgänge: «Die Ursache der Gährungen liegt in der chemischen Constitution und dem Energiegehalte der gährfähigen Substanzen. Was hier nicht aufgebaut und vorgesehen ist, kann niemals abgebaut werden und als Wirkung in die Erscheinung treten.» Und auch diese Auslösung auslösbarer Energie erfolgt nur, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind. Referent braucht nicht zu betonen, dass er dieser Auffassung, welche die einzig wissenschaftliche ist, vollkommen beipflichtet. Einfacher kann man das Verhältniss etwa auch so zum Ausdruck bringen, dass man sagt, die Infectionskrankheit sei das Resultat einer Wechselwirkung zwischen zwei verschiedenen Organisationen, derjenigen des Infectionserregers und jener des inficirten Organismus; beide seien für den Erfolg in gleicher Weise entscheidend. Damit ist dann ebenfalls kräftig protestirt gegen jene moderne Einseitigkeit, welche in ihrer Consequenz, wie Hüppe sagt, am liebsten die ganze Hygiene zu einem blossen Anhängsel der Bacteriologie degradiren möchte, indem sie überall nur den Infectionserreger allein in Betracht zieht und desshalb Alles, was nicht auf Bacillenfängerei und Desinfection abzielt, als minderwerthige Theile betrachtet.

Hiegegen entschieden Front gemacht und überall den Menschen selbst als das erste und wichtigste Object der Forschung und hygienischen Bestrebung in den Vordergrund gerückt zu haben, ist unzweifelhaft das Hauptverdienst des Hüppe'schen Buches. Die Hygiene muss eben nicht nur nach der negativen prophylaktischen, sondern auch nach der positiven aufbauenden Seite entwickelt werden, wie das zuerst Hüppe, dann Referent u. A. verlangt haben. Dazu aber gehört eine Würdigung biologischer Fragen, und es berührt wohlthuend, wenn Verfasser diesen Fragen ernsthaft nahe tritt und über so wichtige Dinge, wie z. B. die Vererbung erworbener Eigenschaften, Weismann gegenüber eine entschiedene Ueberzeugung zum Ausdruck bringt. In der That handelt es sich da um eine Angelegenheit, der sowohl in negativer als positiver Richtung für den Hygieniker kaum irgend eine von gleicher Bedeutung an die Seite gestellt werden kann.

Sehr zu Statten kommt Hüppe in diesen biologischen Fragen seine anthropologische und rassenkundliche Schulung und Erfahrung und namentlich seine persönliche Vertrautheit mit dem Sportwesen, insbesondere dem Turnen. Dieser Einsicht sind eine ganze Anzahl wichtiger praktischer Rathschläge in dem Buche zu danken, während allerdings eine eingehendere Behandlung der wichtigen Frage der Wärmeregulation, damit im Zusammenhang der Erkältungswirkungen, sowie der dagegen gerichteten Abhärtungsmaassnahmen sehr zu wünschen gewesen wäre. Von allen diesen Dingen ist ja die Rede, aber, wenn Verfasser über die Anwendung des Kaltwassers sich fast nur negativ ausspricht, so hält Referent demgegenüber es für eine ausdrückliche Pflicht des Hygienikers, den angehenden Mediciner auf das, was er leider an den Hochschulen bisher immer nur nebenbei oder gar nicht erfährt, eindringlich hinzuweisen, nämlich auf die grosse Bedeutung hydrotherapeutischer Vorkehrungen, nicht nur im curativen Sinne, sondern namentlich im Sinne der Abhärtung. Allerdings ist es ganz richtig, wenn Verfasser den reichlichen Genuss der freien Luft als das Hauptabhärtungsmittel hinstellt; aber was nützt diese Theorie dem Durchschnittsculturmenschen, den sein Kampf um's Dasein verhindert, der erkannten Theorie Tag für Tag zu Liebe zu leben?

In dem verhältnissmässig sehr umfangreichen Abschnitt über Ernährung, der sehr gut bearbeitet ist, vertritt Verfasser die Anschauungen Voit's über den Eiweissbedarf und schildert namentlich in interessanter Weise die Einflüsse des Training. Alle übrigen Abschnitte des Buches sind verhältnissmässig kürzer und gedrängter gehalten, doch versteht es Verfasser meisterhaft, durch Beigabe orientirender Uebersichtstabellen und statistischer Belege, unterstützt durch zahlreiche — allerdings vom ästhetischen Standpunkte aus nicht übermässig lobenswerthe — schematische Abbildungen dem Leser das nöthige Verständniss zu vermitteln.

Sehr erfreulich wirkt der S. 611 erhobene kräftige und wohlbegründete Protest gegen die deutsche Fracturschrift, die bei aller wohlberechtigten Begeisterung für unsere deutsche Nationalität, doch gerade um desshalb zurückgedrängt werden muss, weil sie erstens historisch gar keine deutsche, sondern ursprünglich eine südfranzösische Mönchsschrift ist, die beim Lernen grosse und ganz überflüssige Beschwerden für Gehirn und Auge erzeugt, die aber namentlich zweitens der Ausbreitung und Anerkennung deutscher Cultur im Auslande, wegen der abschreckenden, Niemand geläufigen Schriftzeichen (so etwa, wie die russischen für uns) ganz gewaltige Schwierigkeiten in den Weg legt. Darum fort mit dieser Erschwerung für den deutschen Schulmeister und für die deutsche Weltcultur.

Dem Hüppe'schen Buch aber wünschen wir den Erfolg, den es redlich verdient. H. Buchner.

Dr. **A. Baginsky**, a. o. Professor der Kinderheilkunde, Director des Kaiser und Kaiserin Friedrich Kinderkrankenhauses: **Diphtherie und diphtheritischer Croup.** Mit 68 Abbildungen, davon 19 in Farbendruck. Wien 1898. A. Hölder. Preis 11 M. 60 Pf.

Das vorliegende, 364 Seiten starke Werk erscheint als 1. Theil des II. Bandes, der von Nothnagel herausgegebenen speciellen Pathologie und Therapie. Wer die Geschichte der Diphtherie in den letzten Jahren nur einigermaassen verfolgt hat — und welcher Arzt hätte das versäumen können! — weiss mit dem ersten Blick auf den Namen des Autors, dass hiemit wohl einer der begeistertsten Verfechter des Segens der Serumtherapie das Wort ergriffen hat. Das würde aber mit nichten ausreichen, dem Werke seine Physiognomie zu geben; denn in demselben hat zugleich ein mitten in vollster praktischer Thätigkeit stehender Kinderarzt und Kliniker die Summe seiner Erfahrungen über Diphtherie niedergelegt, so dass jeder Arzt, sollte er auch den Ziffern über die Erfolge der Serumtherapie noch kühl bis an's Herz hinan gegenüberstehen, in dem «neutralen» Theile des B.'schen Buches sich reiche und aus dem Vollen geschöpfte Belehrung erholen kann.

Die monographische Anlage des Werkes gibt B. Gelegenheit, den klinischen Ausführungen eine ziemlich eingehende Bearbeitung der Geschichte der Diphtherie vorauszuschicken, die nicht nur interessant zu lesen ist, sondern in gegenwärtiger Zeit, wo die Gegner der Serumtherapie ihr ablehnendes Votum hauptsächlich auch durch epidemiologische Thatsachen zu begründen versuchen,

ein durchaus nothwendiges Capitel für jede Diphtherieabhandlung darstellt. Besonders hingewiesen sei hier auf die Schriften von Home vom Anfang dieses Jahrhunderts, der durch die Unterscheidung von Croup und Diphtherie «jene verwirrende Unklarheit über die suffocatorischen Pharynx- und Larynxkrankheiten vorbereitete, welche bis in die jüngste Zeit herein verfolgt werden kann; ferner auf die grundlegenden Arbeiten von Bretonneau vom Jahre 1821.

Die aetiologische und klinisch-therapeutische Darstellung seines Stoffes führt B. von dem Satze aus durch, dass der zumeist von Staphylococcen und Streptococcen begleitete Klebs-Löffler'sche Bacillus der Erreger der Diphtherie ist. Bei dem Material des Verfassers fehlte in den klinisch als Diphtherie angesehenen Fällen der Löffler'sche Bacillus nur in 3 Proc. Natürlich hängt dieses Verhältniss ab von einer scharfen klinischen Beobachtung und besonders von der Exactheit der bacteriologischen Nachweismethode. Klima, geographische, ökonomische Verhältnisse spielen für das Contagium der Diphtherie, das auch durch gesund erscheinende Mittelpersonen, vielleicht auch durch die Luft übertragbar ist, eine nur untergeordnete Rolle. Die Bedeutung des Lebensalters, des Geschlechtes wird durch grosse Tabellen illustrirt. Die Existenz der Pseudodiphtheriebacillen spielt zwar für die Diagnose erschwerend herein, erschüttert aber die pathogenetische Bedeutung des Löffler'schen Bacillus nicht im mindesten.

Dem Abschnitt über die pathologisch-anatomischen Organveränderungen sind instructive und technisch sehr hübsch gelungene farbige Illustrationen eingefügt, Reproductionen von Präparaten, die durch den Autor und seine Assistenten gewonnen wurden.

Das Verhältniss zwischen Croup und Diphtherie erfährt, besonders mit Rücksicht auf die Untersuchungen Virchow's, eine eingehende Darstellung. B. steht auf Seite jener, welche annehmen, dass die Hauptmasse der diphtheritischen Membranen ursprünglich der fibrinoiden Degeneration anheimgefallenes Bindegewebe der Schleimhäute darstellt.

Wer in dem Abschnitte über die Symptomatologie die ungemein lebhaften und eindringlichen Schilderungen gelesen hat, die B. von Situationen des Krankheitsverlaufes gibt, z. B. beim Herztod Diphtheriekranker, beim Larynxcroup, wird in dem Verfasser einen Meister dramatisch gehaltener klinischer Darstellung erkennen, dem Niemand nachsagen wird, dass er seine Persönlichkeit zu sehr hinter seinem Stile verberge. Diese im guten Sinne subjective Färbung macht Bücher streng wissenschaftlichen Inhaltes anziehend.

B. verlässt die gebräuchliche Eintheilung in leichte, mittlere und schwere Fälle und unterscheidet dafür wesentlich örtlich verlaufende Diphtherieerkrankungen, solche mit diphtherischer Allgemeininfection und die septischen Fälle. Bezüglich der leichteren Fälle ist es dem Referenten nicht erklärlich, warum bei der folliculären Form von Angina der Befund von Diphtheriebacillen die Diagnose Diphtherie sichern soll (p. 151), während dies bei der katarrhalischen, aber mit D-Bacillenbefund einhergehenden Angina in Abrede gestellt wird (pag. 149).

Die septikaemischen Fälle kommen nach B's Beobachtungen bei frühzeitiger antitoxischer Behandlung selten mehr zur Entwicklung.

Für die Aetiologie der complicatorischen Pneumonien haben Untersuchungen in dem vom Verfasser geleiteten Krankenhause erwiesen, dass auch bei diesen der Diphtheriebacillus von höchster Bedeutung ist und der specifische Pneumonieerreger gar nicht vorhanden zu sein braucht. Von Interesse sind auch die Sphygmogramme, welche B. und Corol von diphtheriekranken Kindern gewonnen haben.

Betreff der diphtherischen Lähmungen hat Verfasser von 1891—94 unter 993 Diphtheriefällen 68 Lähmungsfälle beobachtet, über die er zahlreiche statistische und klinische Notizen gibt. B. glaubt nicht, dass der Angriffspunkt des diphtherischen Virus von Hause aus die Centralorgane sind, sondern wahrscheinlicher die peripheren Nerven.

Von hemiplegischen Lähmungen hat auch B. nur 3 gesehen. Was das Vorkommen von Nephritis anlangt, so hat sie B. unter 993 Fällen 256 mal festgestellt.

In der eingehenden Schilderung des primären Larynxcroups gibt B. an, dass auch Spasmen der Kehlkopfmusculatur laryngostenotische Erscheinungen auslösen können, aber öfter erst im Abheilungsstadium, als auf der Höhe der Membranbildung,

Jene Fälle, in welchen der Löffler'sche Bacillus bei Scharlachanginen sich vorfindet, fasst B. als Combination von Diphtherie und Scarlatina auf.

Es wird dem vielbeschäftigten Praktiker tröstlich sein, von B. zu hören, dass in der grössten Mehrzahl der Fälle die Diagnose der Diphtherie auf Grund des blossen Augenscheins gestellt werden kann. Täuschungen durch den Befund von Pseudodiphtheriebacillen sind immerhin auch möglich.

Die Stellung, welche B. zur Serumtherapie einnimmt, kann durch nichts besser illustrirt werden als durch den im Abschnitte «Prognose» stehenden Satz: «Die Modification der Krankheit durch die wirksame Heilserumtherapie ist indess soweit gediehen, dass man zwischen der rechtzeitig und in voller Gabe mit Heilserum behandelten Diphtherie und der nicht so behandelten ähnlich zu unterscheiden hat, wie zwischen Variolois und Variola» und durch einen andern, der besagt, «dass die Schrecken der Diphtherie von der Menschheit genommen seien».

Ob hier ein Ueberschwang an Enthusiasmus den Verf. hinreisst, werden Manche nicht bezweifeln; die richtige Mitte werden die nächsten Decennien lehren. B. erklärt es demgemäss für eine unverantwortliche Unterlassungssünde, wenn seitens eines Arztes nunmehr noch die Serumbehandlung abgelehnt wird.

Immunisirung für 3 Wochen lässt B. gelten. In der Behandlung mit Serum kommt Alles auf frühzeitige und nicht zu kärgliche Anwendung an; die Dosirung ist aber stets empirisch.

Eigene Beobachtungen lehren den Autor, dass die Mortalität von 41 Proc. auf 8—9 Proc. herabgesunken ist, trotzdem in der Schwere der Erkrankungsformen, welche der Behandlung zugeführt wurden, eine Wandlung nicht vor sich ging.

Als günstige Wirkungen des Serums nennt B., dass leichte Fälle selten schwer, kaum je septisch werden, dass es einen gewissen Schutz gegen Larynxcroup garantirt, dass viele Kehlkopfstenosen spontan zurückgehen (von 258 Fällen 113!), dass die schweren Nierenveränderungen, die Lähmungen zurücktreten; auch die schweren Herzstörungen werden seltener. Bezüglich der Immunisirung in der Privatpraxis kommt B. zu dem Rathe, dieselbe auf die wichtigsten und nothwendigsten Fälle zu beschränken.

Locale Behandlung mit Borsäure, Kal. hypermang., Eiswasser, besonders aber mit Dampfinhalation (grosser Sprayapparat nach B.'s Angabe!) möchte Verf. durchaus nicht vermissen. Von 236 Fällen echten Croups gingen 91 durch Serum und feuchte Inhalationen spontan zurück.

Den Schluss des Werkes bildet ein Ueberblick über das Rüstzeug bei jenen Fällen, wo interne Therapie versagt: die Intubation und Tracheotomie. Erstere ist durch höchst instructive Bilder veranschaulicht, die Technik der Operationen genau beschrieben.

Dieser kurze Abriss des vorliegenden Buches dürfte genügen, jeden Arzt dafür zu interessiren. In der Geschichte der Diphtherie wird es seinen Platz unter den bemerkenswerthesten Publicationen aus der Einführungsperiode der Serumtherapie behaupten.

Dr. Grassmann-München.

Dr. Michael Harder: Rund um den Moskauer Congress. Eine Sommerfahrt durch's Land des Zaren. Commissionsverlag von Th. Otto's Buchdruckerei. Memmingen 1898. 280 S. Preis 2.20 M.

Wenn es sich auch bei genanntem Buche vor Allem um ein Reisewerk handelt, das sich nur in einem kleinen Anhang (Heilkundliche Verhältnisse und öffentliche Wohlthätigkeit in Russland) mit speciell medicinischen Dingen befasst, so erscheint eine kurze Besprechung desselben im Rahmen dieser Fachzeitschrift doch schon um desswillen gerechtfertigt, als es dem medicinischen Congress in Moskau (im Sommer 1897) sein Entstehen verdankt und einen Collegen zum Verfasser hat, der sich uns in demselben als gewandter Reiseschriftsteller zu erkennen gibt. In flotter Schreibweise, die des poëtischen Schwunges nicht entbehrt, schildert

uns der Verfasser in anziehendster Weise die Erlebnisse und Eindrücke, die er auf seiner «Sommerfahrt durch's Land des Zaren» gelegentlich des Moskauer Congresses empfangen hat. Vom heimathlichen Thale der Iller geht's über Wien nach der Hauptstadt des ehemals so mächtigen Polenreiches, Warschau, die des Interessanten in Hülle und Fülle bietet, aber zugleich auch Stoff genug zu trüben Reflexionen liefert. Von da begleiten wir den Verfasser durch die sarmatische Tiefebene auf endlos langem Wege von 30 Stunden Schnellzugfahrzeit (1280 Werst = circa 1400 km) nach dem märchenschönen Moskau mit seinen unzähligen, im Sonnengold erglänzenden, himmelanstrebenden Thürmen und Thürmchen. Nach mehrtägiger Rast an dieser heiligen Stätte, die theils der Besichtigung der Stadt und den Festlichkeiten des Congresses, theils herrlichen Ausflügen in die Umgebung von Moskau und einem Abstecher nach dem durch seinen Jahrmarkt weltberühmten Nischni-Nowgorod an der Wolga gewidmet wird, führt uns der Zug der Nicolaibahn auf schnurgeradem Wege von 604 Werst wieder durch zumeist traurige Gefilde nach der Newastadt Peter des Grossen. Nachdem auch hier alle Sehenswürdigkeiten besichtigt und Land und Leute eingehend studirt, auch noch lohnende Ausflüge in die Umgebung Petersburgs bis Peterhof mit seinen herrlichen Wasserwerken und der Festung Kronstadt absolvirt sind, muss leider zu bald wegen Mangel an Zeit der Heimweg durch die baltischen Lande über Berlin angetreten werden. Durch zahlreich eingestreute, bald historische und geographische, bald anthropologische und ethnographische Bemerkungen weiss uns der Verfasser geschickt hinweg zu täuschen über den langweiligen, trostlosen Weg durch die russischen Steppen, und unsere Aufmerksamkeit stets von Neuem zu fesseln. Voll tiefen, poëtischen Empfindens vermag derselbe auch noch den öden, unabsehbar zu beiden Seiten der Bahnlinie sich ausbreitenden, mit armseligen Strohhütten hin und wieder bedeckten Landstrichen, in denen neben seinen Thieren der bedürfnisslose, fatalistische russische Bauer vegetirt, einen Reiz abzugewinnen und als feiner Beobachter von Land und Leuten uns beide gleich meisterhaft zu schildern. Manch' heitere, geschickt eingeflochtene Episode trägt zur weiteren Belebung des Ganzen vortheilhaft bei. Es war für den Ref. ein hoher Genuss, an der Hand dieses schönen Buches noch einmal all' die liebgewonnenen Stätten im Geiste zu durchwandern und unvergessliche Bilder von Neuem vor den Augen erstehen zu lassen. Und so werden sicherlich alle Collegen, die sich damals in grossem Schwarm auf Einladung der russischen Aerzte über die Grenze des heiligen russischen Reiches ergossen, mit grösster Befriedigung dieses Buch aus der Hand legen. Aber auch diejenigen, die der heimische Herd und Beruf von dem genussreichen Ausflug in's Zarenreich zurückhielten, werden in dem Buche der Anregungen und Belehrungen viele finden. Die Ausstattung des Werkes ist eine geschmackvolle. Dr. Leusser-Bad Kissingen.

C. L. Schleich: Schmerzlose Operationen. Oertliche Betäubung mit indifferenten Flüssigkeiten. Psychophysik des natürlichen und künstlichen Schlafes. IV. vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 32 Abbildungen im Text. Berlin, J. Springer. 1899. Preis 6 M.

Die Neuauflagen dieses Buches folgen sich Schlag auf Schlag. Die jetzt vorliegende 4. erscheint nur wenig mehr als ein Jahr nach der 3. Das kann nicht Wunder nehmen, wenn man bedenkt, wie das Schleich'sche Verfahren in immer allgemeinere Aufnahme kommt und das Studium des Buches zu einer gründlichen Beherrschung der Methode unentbehrlich ist. Es ist begreiflich, dass diese wachsende Anerkennung seines Werkes den Verfasser mit um so grösserer Genugthuung erfüllt, als derselbe Anfangs gerade in leitenden chirurgischen Kreisen auf die kühlste Zurückhaltung stiess. Die Zeit dürfte nicht ferne sein, wo der Verfasser auch seine wiederholt ausgesprochene Forderung nach einem systematischen Unterricht in den Methoden der chirurgischen Schmerzstillung erfüllt sehen wird.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für Chirurgie. 1899. No. 5.

C. Haegler-Basel: **Steriles oder antiseptisches Ligaturmaterial.**

H. berichtet über seine Erfahrungen und Versuche aus der Socin'schen Klinik, indem er seit längerer Zeit die Ursachen der sogen. «Ligaturabstossungen» und Ligatureiterungen zu ergründen suchte; die Fäden sind nach dem Kochen stets steril befunden worden, wenn nun aber der Faden bei der Operation (nicht unmittelbar nach dem Desinfectionsprocess der Hände) fest durch die Finger gezogen wurde, wurde er nie steril befunden; Sublimatseide ergab dagegen immer negatives Culturergebniss und seit Einführung der Sublimatseide als Unterbindungsmaterial soll in der Baseler Klinik keine Ligatureiterung mehr beobachtet worden sein. Die Imprägnation der (entfetteten) Seide mit Sublimat geschieht durch kurzes Kochen und durch tagelanges Einlegen in starke wässerige Sublimatlösungen in sehr intensiver Weise, da die Seide das Sublimat gierig an sich zieht. — Da nach H.'s Ansicht unmöglich, die Hände während der Dauer einer Operation keimfrei zu halten, so sei hier ein Zurückschwenken zur Antisepsis am Platze.

C. Schwarz-Agram: **Exstirpatio recti abdomino-vaginalis.** Im Anschluss an einen Fall empfiehlt Schw. eine Modification des Reber'schen Verfahrens, das bei allen Rectumcarcinomen weiblicher Individuen angezeigt ist, bei denen im Abdomen vereinzelte infiltrirte Drüsen fühlbar, sowie bei schwierigen, hochsitzenden bis oberhalb des Fornix vag. reichenden Mastdarmcarcinomen, während für die Fälle, in denen eine Eröffnung des Peritoneums nicht in Frage kommt, die ursprüngliche Reber'sche Methode empfohlen wird.

Die Schwarz'sche Modification soll technisch leichter, gefahrloser und radicaler sein, da die ergriffenen Drüsen gut übersehen werden können. Schr.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. IX. Heft 1 (Januar).

1) M. Walthard: **Ueber Perforation und Kranioklasie mit dem dreiblätterigen Kranioklast.**

Verfasser bringt zunächst interessante statistische Angaben, aus welchen hervorgeht, dass in den letzten Jahren in der Schweiz die Anzahl der durch Perforation beendeten Geburten nicht abgenommen hat. Unter 441 539 Geburten (1892—1896) kamen 15 975 Todtgeburten vor, von diesen wurden 248 durch die Perforation und nur 15 durch Decapitation und Embryotomie beendet. Bemerkenswerth ist, dass nur 80 von den 248 Kraniotomien in Kliniken ausgeführt wurden.

Verfasser bringt dann eine ausführliche Kritik der verschiedenen Verfahren der Kranioklasie (Kranioklast, Kephalothrypter), wobei er zu einer Empfehlung der dreiblätterigen Instrumente kommt, die die Vortheile beider Verfahren vereinigen sollen.

Zum Schluss beschreibt Walthard ausführlich ein von ihm angegebenes dreiblätteriges Instrument, das er in 11 Fällen erprobt hat. Das Wesentliche desselben besteht darin, dass der Kolbenbohrer des mittleren Blattes zugleich als Perforatorium dient und nach Entleerung des Gehirnes in die Schädelbasis eingebohrt wird. Hierdurch und durch die Verwendung 2 äusserer Blätter wird in sicherer Weise eine ausgiebige Zertrümmerung des Schädeldaches und der Schädelbasis erreicht.

2) L. Aschoff-Göttingen: **Cystisches Adenofibrom der Leistengegend.**

Verfasser führt den Tumor nach der mikroskopischen Untersuchung auf Nierenreste zurück und beschreibt im Anschluss daran 2 Präparate von Adenomyomen des Uterus, die er ganz im Sinne v. Recklinghausen's auffasst.

3) H. Peters-Wien: **Ueber früheste menschliche Placentation.**

4) C. Ruge-Berlin: **Bemerkungen zur frühesten menschlichen Placentation nach Hubert Peters.**

Da an diesem Orte nur praktisch wichtige Fragen etwas eingehender erwähnt werden sollen und mikroskopische Arbeiten, zumal wenn sie sich mit einem so schwierigen Gebiete beschäftigen, überhaupt in einem kurzen Referate nicht zusammenzufassen sind, so muss ich mich darauf beschränken, anzuführen, dass nach der Darstellung von Peters das Eichen sich in die Decidua einsenkt. C. Ruge, der sich nach der ersten Darlegung gegen diese Anschauung ausgesprochen hatte, erkennt nunmehr die Arbeit Peters' für eine höchst wichtige an.

5) M. Voigt-Hamburg: **Ueber destruirende Blasenmole.**

An die Ausräumung einer Blasenmole bei einer 53jährigen Frau, die 8mal, zuletzt vor 3 Jahren geboren hatte, schlossen sich starke unregelmässige Blutungen an. Desshalb wurde eine Probeauskratzung und im Anschluss daran Tamponade des Uterus vorgenommen, um noch eine Austastung des Uterus anschliessen zu können. Da die mikroskopische Untersuchung auf Syncytiom verdächtige Stellen erkennen liess und ausserdem an die Austastung sich septisches Fieber anschloss, wurde der Uterus mit gutem Erfolge exstirpirt. Voigt beschreibt ausführlich die mikroskopischen Befunde am Uterus, die ihn zu dem Schluss berechtigten, dass thatsächlich eine beginnende bösartige Neubildung vorgelegen hat.

6) J. Merttens-Düsseldorf: **Beitrag zur Behandlung des Collumcarcinoms in vorgerückteren Schwangerschaftsstadien.**

Bei einer Mehrgeschwängerten mit noch wenig vorgeschrittenem Carcinom der hinteren Muttermundslippe leitete Merttens die künstliche Frühgeburt ein. 8 Tage nach der ohne Störung erfolgten Geburt wurde der Uterus ohne wesentliche Schwierigkeit

vaginal exstirpirt. Verfasser empfiehlt bei lebensfähigem Kinde, wenn die Geburt voraussichtlich keine Schwierigkeiten macht, in dieser Weise zu verfahren. Andernfalls ist nach dem Dührssen'schen Verfahren zu entbinden, und nur wenn diesem unüberwindliche Schwierigkeiten entgegenstehen, der abdominale Kaiserschnitt auszuführen. In früheren Schwangerschaftsmonaten ist die sofortige vaginale Exstirpation angezeigt.

7) Everke-Bochum: **Eine conservative Behandlungsmethode der veralteten Inversio uteri puerperalis.**

Die 13 Jahre bestehende Inversion wurde in der Weise behandelt, dass nach ausgeführter Laparotomie der umschnürende Inversionstrichter vorne seicht, hinten tief eingeschnitten wurde. Hierauf liess sich die Reinversion leicht ausführen. Beide Schnitte — der hintere eröffnete auch das Scheidengewölbe — wurden sorgfältig durch die Naht vereinigt und dann der Uterus ventrofixirt. Heilung. Gessner-Erlangen.

Centralblatt für Gynäkologie, 1899, No. 2.

1) Leopold Thumim-Berlin: **Die Hebelklemme zur Blutstillung für die vaginale Radicaloperation.**

Beschreibung eines von Th. construirten Instrumentes, das bei der vaginalen Totalexstirpation nach Doyen und Landau an Stelle der von Ersterem angegebenen «Pince à pression progressive» treten soll. Wegen der Einzelheiten sei auf das Original verwiesen. Th. berichtet noch kurz über 31 einschlägige Fälle aus der Landau'schen Klinik. Bei allen war die Blutstillung vollkommen, der Verlauf, besonders in den letzten Fällen, ein überraschend reactionsloser. Aus mikroskopischen Schnitten der abgeklemmten Partien des Ligaments deducirt Th., dass das Instrument nur das interstitielle Bindegewebe mit allen seinen Lymphspalten comprimirt, während alle andern Elemente, Muskelzellen und elastische Fasern, nur aneinander rücken, ohne in ihrer Structur näher beeinträchtigt zu werden.

2) R. Gersuny-Wien: **Ueber partielle Exstirpation des Ovariums.**

G. citirt mehrfache Fälle, in denen bei Zurücklassung von Resten Ovarialgewebes später Schwangerschaft eingetreten ist. Die theilweise Erhaltung des Ovariums sei mithin indicirt, wenn die Natur der Geschwulst dies zulässt. Als solche Geschwülste bezeichnet G. die einfachen Cysten und Dermoide, während beim Carcinom, papillären Kystom und oberflächlichen Papillom unter allen Umständen beide Ovarien in toto entfernt werden sollen.

3) Franz Neugebauer-Warschau: **Ein in der Casuistik des Pseudohermaphroditismus einzig dastehender Fall: «Aut penis rudimentarii aut clitoridis hypertrophicae implantatio perinealis infra vulvam.»**

Der merkwürdige Fall betraf eine 27jährige Amme, die vor 7 Tagen normal geboren hatte. Unterhalb der normalen Vulva am Damm sass ein in der Mittellinie gelagertes Organ von 45 mm Länge, das bei Berührung sich erigirte und 50 mm lang wurde. Hierbei äusserte Patientin eine «libidinöse Erregung». Das Organ war imperforirt und zeigte an Stelle der Harnröhrenmündung nur eine leichte Delle. Ob es sich um einen rudimentären Penis oder eine hypertrophische Clitoris handelte, lässt N. dahingestellt.

4) Westphalen-Flensburg: **Zur Behandlung des Uterus gravidus incarceratus mit dem elastischen Ballon.**

Erfolgreiche Verwendung des Kolpeurynters zur Beseitigung eines retroflektirten schwangeren Uterus im 5 Monat, nachdem alle Repositionsversuche, auch in Narkose, sich als erfolglos erwiesen hatten. Jaffé-Hamburg.

Berliner klinische Wochenschrift, 1899. No. 6.

1) Tuczek-Marburg: **Ueber Zwangsvorstellungen.** (Fortsetzung folgt.)

2) S. Kaminer-Berlin: **Ueber die jodempfindliche Substanz im Leukocyten beim Puerperalfieber.** (Cfr. Referat pag. 1481 der Münch. med. Wochenschr. 1898.)

3) A. Dührssen-Berlin: **Ueber vaginalen Kaiserschnitt.** (Cfr. Referat pag. 66 der Münch. med. Wochenschr. 1899.)

4) A. Lorenz-Wien: **Bemerkungen zur Therapie der angeborenen Hüftverrenkung durch unblutige Reposition.**

Referat, enthalten in dem Berichte der Münch. med. Wochenschr. über die vorjährige Naturforscherversammlung in Düsseldorf.

5) A. Hasenfeld und B. v. Fenyvessy-Ofen-Pest: **Ueber die Leistungsfähigkeit des fettig entarteten Herzens.** (Schluss folgt.)

6) B. Goldberg-Wildungen-Köln: **Beitrag zur Behandlung der Urogenitaltuberculose.**

Vergl. Bericht der Münch med. Wochenschr. über die chir. Section der vorjährigen Naturforscherversammlung in Düsseldorf. Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1899, No. 5.

1) **Ergebnisse der wissenschaftlichen Expedition des Geheimen Medicinalraths Professor Dr. Koch nach Italien zur Erforschung der Malaria.** (Vom Kaiserlichen Gesundheitsamt zur Verfügung gestellt.)

Durch die an 120 Fällen mit 3 Obductionen geführten Untersuchungen ist es in vielen Punkten gelungen, Klarheit zu schaffen. Die als Febris aestivoautumnalis bezeichneten Formen der Malaria sind echte Tertianen und in nichts vom Tropenfieber unterschieden, sie bilden die Mehrzahl der untersuchten Fälle. Auch die Parasiten derselben stimmen in der Hauptsache überein. Die sogenannten Halbmondformen, die bisher als zerfallende Parasiten betrachtet wurden, liesen sich durch Anwendung des Romanowsky'schen Färbeverfahrens als chromatinhaltig, also lebens- und fortpflanzungsfähig, die aus denselben hervorgehenden Geiselkörper als Spermatozoen der Parasiten nachweisen. Ferner ist es gelungen, bei Vögeln und einer bestimmten Mückenart das von Ross beschriebene Proteosoma aufzufinden und dessen Entwicklungsgeschichte zu vervollständigen. Therapeutisch wichtig ist, dass Methylenblau in gewissen Fällen im Stande ist, Chinin zu ersetzen. Als Hauptresultat wird bezeichnet, dass die Identität der angeblich verschiedenen Formen der Malaria nachgewiesen und die Mosquitotheorie durch neue Beweise gestützt wurde.

2) Wilhelm Ebstein: **Primärer, latent verlaufender Pankreaskrebs mit secundären, hochgradigste Dyspnoe bedingenden Krebslocalisationen.** (Aus der medicinischen Universitätsklinik in Göttingen.)

Das Interessante des Falles liegt in der seltenen Localisation des Krebses im Pankreasschwanz und seiner verhältnissmässig geringen Ausdehnung und der wahrscheinlich durch die zahlreichen Metastasen im Zwerchfell bedingten Orthopnoe.

3) Stobwasser: **Ueber die Localisation des Lichen ruber planus auf den Schleimhäuten.** (Aus der dermatologischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses in Frankfurt a. M.)

Verfasser sucht nachzuweisen, dass die Localisation des Lichen ruber planus auf den Schleimhäuten gar nicht selten und wohl in mehr als der Hälfte der Fälle nachweisbar ist. Die Rückbildung derselben erfolgt auch ohne besondere locale Therapie gewöhnlich mit Hinterlassung leukoplakischer Streifen. Mittheilung von vier neuen Fällen, in zwei derselben traten die Eruptionen auch an der Analschleimhaut auf, was bisher noch nicht beobachtet wurde.

4) Th. Rosenheim: **Beiträge zur Oesophagoskopie.** (Schluss aus No. 4.)

Ausführliche Beschreibung von 7 Fällen mit Besprechung der Differentialdiagnose von Oesophaguscarcinom und Divertikelbildung, Spasmus, Atonie, Mediastinaltumor und chronischer Oesophagitis (3 Fälle). F. Lacher-München.

Wiener klinische Wochenschrift. 1899. No. 5.

1) R. Kraus-Wien: **Ueber Agglutination.**

Bei der Untersuchung der Agglutinationsfähigkeit des Serums verschiedener Thierarten ergab sich, dass das normale Serum bestimmte Bacterien agglutinirt, andere wieder nicht; z. B. agglutinirt Kaninchenserum das Bact. coli, andere Mikroorganismen aber nur fallweise. Auch verhält sich das Serum von Thieren derselben Species nicht immer gleich. Allen Serumarten und zwar dem Serum von Mensch und Säugethier gemeinschaftlich scheint die Agglutinationsfähigkeit für Bact. coli zu sein. Cholera, Streptococcen, Bacill. Friedländer agglutinirt das menschliche Serum nicht. Normales Schlangenserum verändert gewisse Mikroorganismen, wie Bact. coli, Typhus in 1—2 Stunden bezüglich der Form, die Bacillen werden kleiner, dicker, oval und werden zu «Schatten».

Verfasser ist zu der Anschauung gelangt, dass für die Serodiagnostik bei Streptococceninfectionen wenig zu erwarten ist.

Bezüglich der Theorie über das Wesen der Agglutination ist K. Anhänger der mechanischen Theorie, d. h. der Annahme, dass das Phänomen der Agglutination durch Niederschläge bewirkt wird.

2) R. v. Krafft-Ebing: **Ueber locales Surmenage als Ursache von Paralysis agitans.**

Verfasser publicirt 2 Beobachtungen, aus denen der Schluss gezogen werden kann, dass Ueberanstrengung bestimmter Muskelgruppen die Ursache von Paral. agit. werden kann, wenn noch hinzu kommt, dass die Einflüsse einer solchen localen Ueberanstrengung ein durch sklerotische Veränderungen disponirtes Nervensystem treffen. In dem 1. Fall handelt es sich um einen 66jährigen Maler, der mit der l. Hand immer die Palette hielt. An dieser Extremität begann später der Tremor. Der 2. Kranke war ein 54jähriger Drechslermeister, der bei seiner Arbeit immer das l. Bein anstrengte. Auch hier traten die ersten Symptome der später voll entwickelten Paral. agit. zuerst an der l. unteren Extremität auf.

3) L. Hofbauer-Wien: **Beitrag zu der Lehre von der localen Disposition.**

Verfasser bringt die Resultate seiner sehr ausführlichen Erörterungen in folgende Schlusssätze:

1. Diejenigen äusseren Einflüsse, welche geeignet sind, die Disposition des Gewebes bei Allgemeinerkrankungen zu steigern (Trauma, Entzündung, Nervenläsion) gehen mit einer Steigerung der Blutzufuhr zu dem betroffenen Gewebe einher.

2. Die de natura disponirten Gewebe («Prädilectionsstellen») zeichnen sich durch reichliche Blutversorgung aus.

3. Die experimentelle Erzeugung einer activen Hyperaemie entspricht einer Steigerung der localen Disposition zur Erkrankung.

4. Dieses constante Zusammentreffen von activer Hyperaemie und Gewebsdisposition legt nahe, zwischen beiden Factoren einen causalen Zusammenhang anzunehmen.

4) H. Gutzmann-Berlin: **Zur Frage des Nutzens methodischer Hörübungen für Taubstumme** und

V. Urbantschitsch-Wien: **Bemerkungen zu der voranstehenden Erwiderung des Herrn Gutzmann.**

Polemik. Dr. Grassmann-München.

Italienische Literatur.

Ueber den Ursprung und die Bedeutung der Glandula pituitoria hat Collina aus dem Institut für allgemeine Pathologie in Bologna einige neue Anschauungen in der Rivista sperimentale di Freniatria veröffentlicht.

Er ist zu der Ueberzeugung gekommen, dass, wie andere Forscher neuerdings auch annehmen, die Entwicklung derselben in ihrem Hauptheil vom Entoderm und nur in ihrem Nebentheil vom Ektoderm geschieht. Dieser Nebentheil scheint in Atrophie begriffen. Mit diesem doppelten Ursprung der Drüse stimmt auch die histologische Untersuchung überein, welche zwei Typen an Zellen aufweist, die eigentlichen Drüsenzellen und chromophile Zellen.

Im Bezug auf die Function dieser Drüse bestreitet C. die Identität mit der Schilddrüse. Sie habe dagegen die Aufgabe, einen Saft abzusondern, welcher zur normalen Ernährung der Nervenelemente nöthig ist. Fehlt die Function dieses Saftes, so erfolgt eine schnelle Erschöpfung der nervösen Organe und der Tod tritt ein. Fängt er langsam an zu versiegen, so zeigen die Nervenzellen eine niedrigere Thätigkeit und beginnen ihre Function abzugeben an einfachere Gewebe, an die Glia und das Binde- und Stützgewebe. Mit dieser Theorie erklärt C. auch die Pathogenese der Akromegalie. Wenn die Hypophysis bei einem relativ jungen Individuum in chronischer Form erkrankt, so soll es zur Akromegalie kommen. Erkrankt sie dagegen in acuter Weise bei einem Erwachsenen, so kommt es zu einer Cachexie durch die Insufficienz der Pituitaria, welche einen so schnellen Ablauf nimmt, wie diejenige bei Tumoren mit schnellem, malignen Verlauf.

Ueber das **Phänomen der Autodigestion** handelt Splendore (Suppl. al Policlinico No. 36).

Die bisherigen Theorien darüber, wesshalb der Magen das Pankreas und der Darm sich nicht selbst verdauen, sind ungenügend. Diese Verdauung kommt nach Fermi im Lebenden nicht zu Stande wegen der biochemischen Kraft des lebenden Protoplasmas und S. fügt hinzu, dass diese Kraft im positiven oder negativen Chemotropismus besteht des lebenden Zellprotoplasma einerseits und des Enzyms andrerseits. Wenn die eiweisslösenden Enzyme nicht auf todte Albuminsubstanzen, selbst noch so fein vertheilte, zu wirken vermögen, sobald sie mit antienzymischen Stoffen, wie Tannin, Mineralsalzen, Alkohol u. s. w. vermischt sind, dann werden sie auf lebendes Protoplasma um so weniger wirken, da der Unterschied zwischen lebendem und todtem Eiweiss grösser ist als der zwischen Eiweiss, welches in obiger Weise behandelt ist und solchem, welches nicht so behandelt ist.

Bezüglich der von Behring auf dem Hygienecongress in Madrid aufgestellten Behauptung, dass das normale Blutserum der Vögel im Gegensatz zu dem normalen Blutserum der Säugethiere, wenn es tuberculösen Menschen injicirt werde, Fieber mache, haben Maragliano und Jemma (Gazzetta degli ospedali 1898, No. 151) in der Genueser Klinik festgestellt, dass es zwischen beiden Serumarten keinen Unterschied in dieser Beziehung gibt. Beide können bei fiebernden und fieberlosen Tuberculösen Fieber machen. Diese fiebermachende Eigenschaft ist aber keine Eigenschaft des Serums an sich, sondern die Ursache liegt in einem bestimmten Zustande des injicirten Organismus. Es gibt eine Art latenten, fieberhaften Zustandes bei Tuberculösen, welcher durch Injection auch ganz indifferenter Flüssigkeiten in einen offenkundigen verwandelt werden kann.

Können organische Herzgeräusche verschwinden? Diese Frage ist nicht nur zu bejahen, es können auch die Veränderungen an den Klappen verschwinden, welche zu organischen Herzgeräuschen geführt haben.

Bruschini (Nuova rivista clinico terapeutica No. 10 1898) führt drei Krankengeschichten an von Patienten, welche er noch lange nachher beobachten, und bei denen er ein solches Verschwinden von Geräuschen feststellen konnte.

Viele Autoren behaupten, dass die Geräusche von Aorteninsufficienz sich am schwersten modificiren. Eine Bedingung aber, unter welcher die Geräusche ebenfalls verschwinden können, ist die relative Aorteninsufficienz. Der endocarditische Process kann zu einer Verdickung der Klappen führen, zu fibrinösen Auflagerungen an ihren Rändern und so einen Schluss der Klappen wieder möglich machen.

Was Mitralisinsufficienzen anbelangt, so ist es nicht unwahrscheinlich, dass die Ausschwitzungen des endocarditischen Processes, welche Verdickungen und Retractionen der Klappen bewirkt haben, sich mit der Zeit resorbiren können, so dass die rigiden Klappen wieder functioniren.

Mit den **Thyreoideatabletten** von Borrough Wellcome u. Co. hatte Pugliese im Berliner physiolog. Institut v. H. Munk **an exthyreoidirten Hunden einen vollständig negativen Erfolg. Die Wirkung des Mittels auf das Herz sei eine ungünstige und auch die antitoxische sei sehr zweifelhaft.** P. veröffentlichte seine Untersuchungsresultate in der Gazzetta degli ospedali 1898 No. 139.

Giordano, Chirurg am Ospedale dei Pellegrini di Napoli empfiehlt als neue Methode der **Eröffnung des Mediastinum anticum die osteoplastische Resection des Sternums,** zu welcher er ein besonderes Scalpell construirt hat. Mit stumpfem Haken soll der vom Periost befreite Knochen von der rechten Seite emporgehoben werden, nachdem die Rippenknorpelansätze durchtrennt sind. Alsdann wird der Knochen gedreht und die linke chondrosternale Articulation luxirt (sic)! (Gazzetta degli ospaduli 1898, S. 136).

Fornaca und Micheli: **Die Injection grösserer oder kleinerer Mengen physiologischer Kochsalzlösung** ist nach den Versuchen der Autoren (la clinica Medica Italiana 11) von einer Vermehrung der Urinabsonderung gefolgt. Während der Stickstoff der Faeces sich nicht vermehrt zeigt, ist die mit dem Urin ausgeschiedene Stickstoffmenge vermehrt und kann in 5 Tagen 7,80 g betragen.

Diese Vermehrung weist auf eine erhöhte Umwandlung des Albumin hin.

Die Injection physiologischer Kochsalzlösung kann in vielen Fällen Temperaturerhöhung machen; in anderen auch Temperaturerniedrigung um 0,5—0,8 Grad von 2—3 Stunden. Die Temperaturerhöhung kann ohne Frostanfälle eintreten, ebenso wie auch Frostanfälle ohne Temperaturerhöhung vorkommen können.

Die Individualität spielt bei dem Eintritt dieses Fiebers nach physiologischer Kochsalzlösunginjection eine grosse Rolle.

Silvestri (Gazzetta degli ospedali etc. 1898, No. 134) rühmt **das Jodkali bei haemorrhagischer Endometritis**, gestützt auf die Resultate französischer Autoren.

Namentlich auch dort, wo wegen Fibromen der Erfolg einer Auskratzung zweifelhaft sei, erlebe man häufig bei Anwendung des Mittels eine vollständige Besserung und Restitutio ad integrum.

Einen Fall von **Syringomyelie,** der mit **Violinistenkrampf** begann, beschreibt Benenati (Rif. med. No. 213, 1898). Dieser Krampf war also von vornherein centralen Ursprungs und es dauerte lange, ehe eine Dissociation der Sensibilität, welche aber nur die Sensibilität für Wärme, nicht für Kälte betraf, zur rechten Diagnose führte.

Im Institut für Hygiene in Rom erforschte Valaguffa: (Annali dell'istituto igienico di Roma IV, 1898) **die aërobischen und anaërobischen Lebensbedingungen des Tetanusbacillus und die mit diesen Stadien wechselnden toxischen Eigenschaften des Pilzes.**

Die Resultate seiner Untersuchungen sind geeignet, zu erklären, warum trotz der grossen Verbreitung des Tetanusbacillus Fälle von Tetanus relativ so selten sind, weil es einer Häufung von Bedingungen zur Hervorbringung der Toxicität bedarf, welche sich in der Natur selten vereinigt finden.

Endlich bestätigen die Untersuchungen die Wichtigkeit der auch in diesen Blättern hervorgehobenen Faecaltheorie.

Die Thiereingeweide besitzen die unumgänglich nothwendigen Bedingungen, den Tetanuskeimen die verlorene Toxicität wieder zu geben.

Hager-Magdeburg-N.

Amerikanische Literatur. (Schluss.)

25) S. J. Mixter-Boston: **Behandlung des Tetanus mit Antitetanusserum in grossen Dosen.** (Boston med. and surg. Journ. 8. Oct. 1898).

26) George Rambaud-New-York: **Tetanusbehandlung durch intracerebrale Injection des Antitoxins.** (New-York medical Journal, 17. Dec. 1898) und

27) C. A. Church: **Trepanation und intracerebrale Antitoxineinspritzung bei Tetanus.** (Ibidem.)

In dem von Mixter als sehr schwer beschriebenen Falle wird die durch das Antitoxin erzielte Heilung hauptsächlich der Anwendung der grossen Dosen zugeschrieben.

Der Patient erhielt im Ganzen 3400 ccm, im Tage durchschnittlich 285 ccm, also die von Behring empfohlene Gesammtmenge von 500 Einheiten auf einmal direct in den Blutstrom injicirt.

Rambaud stellt die bisher nach der von Roux und Borrel empfohlenen Methode der intracerebralen Injection behandelten Fälle zusammen, in toto 16 Fälle mit 7 Heilungen. Einer dieser Fälle wird von Church ausführlich beschrieben.

28) R. W. Greenleaf-Boston: **Vergiftung durch «Kopfwehpulver».** (Boston med. and. surg. Journ. 13. Oct. 1898.)

An die Beschreibung eines Falles von Vergiftung durch sog. «Kopfwehpulver», wie sie in Folge der im Grossen betriebenen Reclame allerorts erhältlich sind, wird die Forderung einer strengeren Ueberwachung des Verkaufs von Patentmedicinen und Aufklärung des Publicums über die Gefahr des kritiklosen Gebrauchs derselben gefordert. **Die Pulver, von denen fünf kurz hintereinander genommen wurden, enthielten pro dosi etwa 0,2 Antifebrin, 0,1 Phenacetin und etwas Coffeïn. Nebenbei wird bemerkt, dass gerade durch die leichte Zugänglichkeit dieser Mittel die Diagnose mancher Kopfleiden zu einer Zeit, wo durch energisches eventuell**

operatives Eingreifen der Fall noch zur Heilung gebracht werden könnte, vereitelt wird.

29) M. H. Richardson-Boston: **Erfolgreiche Gastrectomie wegen Magencarcinom.** (Boston med. and surg. Journ. 20. Oct. 1898.)

Casuistischer Beitrag zu dieser bisher nur in wenigen Fällen gemachten Operation.

30) L. F. Mitchell-Chicago: **Zwei Fälle von Adipocire.**

Beschreibung zweier Fälle dieser in forensischer Hinsicht höchst interessanten Erscheinung mit beigegebenen Illustrationen.

31) E. Williams und O'Connor: **Casuistische Beiträge zur Behandlung der puerperalen Sepsis mit Antistreptococcenserum.** (Ibidem.)

Die von den zwei Autoren beschriebenen Fälle betrafen beide Primiparae. Die Injectionen des Antistreptococcenserums (nach Marmorek) waren von Erfolg begleitet.

32) W. K. Brown und W. Johnston-Montreal: **Die forensische Bedeutung des Nachweises von Zucker und Glycogen in der Leber.** (Boston med. and surg. Journ. 22 Dec. 1898.)

Die von Claude Bernard aufgestellten und von Lacassagne und Martin später bestätigte Behauptung, dass sich bei Personen, welche eines plötzlichen oder gewaltthätigen Todes gestorben sind, in der Leber stets Zucker und Glycogen nachweisen lasse, erfährt durch die Untersuchungen der Autoren nur die Einschränkung, dass Sepsis und Alkoholismus mit Nahrungsenthaltung das gleiche Phänomen bedingen, bei Verwerthung desselben in forensischer Beziehung also erst ausgeschlossen werden müssen.

33) Henry Beates-Philadelphia: **Ueber den ständigen Gebrauch des Digitalins bei den vasomotorischen und Herzstörungen des Greisenalters.** (Journal of the Americ. med. Association. 1. Oct. 1898.)

Störungen im vasomotorischen System sind die ersten Anzeichen der physiologischen Altersdegeneration. Herzmuskelveränderungen sind in 99 Proc. die Folge primärer Laesion des peripheren Arteriensystems. Die daraus resultirenden Störungen können nur durch constanten Gebrauch der Herztonica behoben werden, unter denen er an erster Stelle und als allein zu exacter Dosirung geeignet das Digitalin Merck erwähnt. Er gibt davon 0,001—0,003 g drei bis sechsmal täglich.

34) St. Harnsberger: **Acetanilid als Prophylacticum gegen Abortus.** (Journal of the Americ. med. Ass. 22. Oct. 1898.)

Diese bisher noch nicht bekannte Eigenschaft des Antifebrins, als Mittel gegen vorhandenen Abortus zu wirken, wird von H. durch Mittheilung mehrerer Fälle illustrirt. Er gibt 0,3—0,5—1,0 (!) g in ein- bis zweistündigen Pausen, angeblich ohne üble Nebenerscheinungen beobachtet zu haben, ausser vermehrter Eiweissproduction.

35) W. H. Wilder-Chicago: **Ueber den Zusammenhang von Kopf- und Augenleiden,** (Journ. of the Americ. med. Ass. 19. Nov. 1898) und

36) H. Gradle: **Aetiologie und Diagnostik der Cephalalgie.** (Ibidem.)

Die beiden Autoren betonen den Zusammenhang des gewöhnlichen «Kopfweh's», sowohl als der Migräne mit Ueberanstrengung und anderen Affectionen der Augen. Der aetiologische Einfluss von Erkrankungen der Nasenhöhle wird in dieser Beziehung vielfach überschätzt.

37) A. H. Burr-Chicago: **Zur Prophylaxe der Verbreitung erblicher und ansteckender Krankheiten.** (Americ. Journ. of the Americ. med. Ass. 3. Dec. 1898) und

38) J. H. Mc Cassy: **Zunahme der Verbrechen und Vorschläge zu deren Beschränkung.** (Ibidem.)

Während sich Burr darauf beschränkt, strenge Heirathsgesetze zu verlangen, (die Genehmigung zur Eheschliessung ist abhängig von einem Zeugniss, ausgestellt von einem durch den Staat dazu berechtigten Arzt, wonach der Betreffende weder hereditär belastet, noch mit activer Tuberculose oder ansteckender venerischer Erkrankung behaftet ist), geht Mc Cassi weiter. Er verlangt neben einer besseren Kindererziehungsmethode und einer Reform des Gefängnisswesens, welche mehr die Besserung als die Bestrafung der Häftlinge erstreben soll, die Asexualisation aller mit geistigen Defecten und criminellen Anlagen belasteten Personen und glaubt, so am ehesten eine Besserung der Gesellschaft erzielen zu können.

39) H. Kellogg-Battle Creek: **Das elektrische Lichtbad.** (Journ of the Americ. med. Ass. 24 Dec. 1898.)

Nach den Angaben von K. ist das elektrische Lichtbad dem russischen und türkischen Dampfbad an Wirkung bedeutend überlegen. Es bewirkt eine vermehrte CO_2-Ausscheidung und beinahe nochmal so starke Perspiration. Die Wärmewirkung auf den Körper erfolgt nicht durch Contact, wie bei den ersterwähnten, sondern durch Strahlung. Die angewandte Temperatur ist trotz der erhöhten Wirksamkeit eine niedrigere. Als Indicationen werden erwähnt: Rheumatische Diathese, Fettsucht, Migräne, Autointoxicationszustände. Ferner wird es als Prophylacticum empfohlen für alle Personen mit vorwiegend sitzender Lebensweise. Die Kosten der Einrichtung werden als sehr gering angegeben. Illustrationen der betreffenden Apparate sind dem Texte beigegeben.

40) J. Adler-New-York: **Herzsyphilis.** (New-York medical Journal. 22. October 1898.)

Nach den Erfahrungen des Autors ist eine Myocarditis, deren Ursache nicht klar liegt, besonders bei jüngeren Leuten, stets verdächtig auf Syphilis. Bestehen nebenbei noch Erscheinungen specifischer Natur, so ist die Diagnose beinahe sicher. Die syphilitischen Herzstörungen äussern sich sehr oft nur in der Form des sogenannten: «irritable heart», Bradycardie oder Tachycardie, Herzarythmie, ohne dass Dilatation oder Herzgeräusche nachweisbar wären. Nach seinen Untersuchungen, die durch eine Anzahl mikroskopischer Bilder illustrirt werden, zeigt sich die syphilitische Affection zuerst in den Gefässen, erst secundär folgt interstitielle Myocarditis und Myodegeneration. Angesichts dieser Thatsachen empfiehlt er in zweifelhaften Fällen energische antiluetische Maassnahmen, die nie schaden, in sehr vielen Fällen aber ausserordentlich nützen können. Ein Fall von syphilitischer Angina pectoris in Folge acuter Dilatation und Myocarditis wird beschrieben.

41) F. W. Hinkel: **Chloroformtod bei einer Adenoidoperation.** (New-York med. Journ. 29. October 1898.)

Mit Einrechnung des hier beschriebenen Falles stellt H. 18 Fälle von Tod in der Chloroformnarkose bei Operationen von nasopharyngealen Adenoidgeschwülsten und hypertrophischen Tonsillen zusammen. Tod erfolgte in mehreren derselben vor Beginn der Operation. Unter Hinweis auf die von der Wiener Schule aufgestellte These, dass sich gewisse abnorme constitutionelle Typen, zu denen auch die hier in Betracht kommenden mit adenoiden Wucherungen Behafteten gehören, durch specielle Intoleranz des Chloroforms auszeichnen, wird vor der Anwendung des Chloroforms bei allen Nasenrachenoperationen gewarnt.

42) Russel A. Hibbs-New-York: **Die Beziehungen des Eiterungsprocesses bei der tuberculösen Coxitis zur Verkürzung der Glieder.** (New-York medical Journal. 5. November 1898.)

Die an 47 nicht eitrigen und 59 eitrigen (in Summa 106) Coxitiden gemachten Untersuchungen berechtigen H. zu dem Schlusse, dass die Vereiterung des Gelenkes nicht nothwendiger Weise eine Verkürzung des Beines bedingt. Die Zahl der Verkürzungen bei den nicht eitrigen Fällen, bei gleicher Behandlung, war die gleiche und der Grad derselben verhältnissmässig sogar ein höherer. Autor ist geneigt, als Grund für die Verkürzung demnach weniger eine Zerstörung des Knochens durch den Eiterungsprocess als vielmehr traumatische und trophische Störungen anzunehmen, wobei erstere durch Verminderung der Resistenzfähigkeit, letztere durch mangelhafte Ernährung der Knochen die Atrophie bedingen.

43) Ch. O'Donovan-Baltimore: **Bronchitis und Pneumonie in Folge Aspiration nach einer Zahnoperation.** (New-York med Journ. 26. November 1898.)

Bei Gelegenheit einer Zahnoperation unter Lachgas wurde ein Stück einer abgebrochenen Zahnplombe aspirirt. Die Folge war erschwertes Athmen, localisirte Bronchitis, nach 20 Tagen bildete sich ein pneumonischer Herd in der Gegend der rechten Lungenbasis mit angeblich etwa wallnussgrosser Cavernenbildung. 15 Wochen nach der Operation wurde der ca. 1 cm im Durchmesser haltende und $1^3/_4$ g wiegende Fremdkörper in einem Hustenparoxismus expectorirt. Darauf sofortige Erleichterung und völlige Heilung.

44) L. H. Warner-Brooklyn: **Culturversuche mit Plasmodium malariae.** (New-York med. Journ. 10. December 1898.)

Die bacteriologischen Versuche W.'s, auf deren Detail hier nicht näher eingegangen werden kann, scheinen die «Mosquitotheorie» zu unterstützen. Ausgehend von der Thatsache ferner, dass das Malariagift zerstörend auf die rothen Blutkörperchen wirkt, versuchte er in 7 Fällen durch Injection einer aus Nucleoalbumin, Knochenmarkextract und Fleischpepton zusammengesetzten Lösung neben interner Verabreichung von Chinin, das bisher allein ohne Erfolg gegeben wurde, diese Haemolyse zu paralysiren und glaubt, das in der That eingetretene günstige Resultat dieser Methode zuschreiben zu dürfen.

45) Ch. Phelps: **Resultate der offenen Behandlung frischer Patellarfracturen.** (New-York med. Journ. 17. December 1898.)

Die von Ph. an 118 Fällen erprobte offene Behandlung frischer Fracturen der Patella — seitliche Incision, Irrigation der Gelenkhöhle, Entfernung des zwischengelagerten fibrösen Gewebes und Vereinigung der Bruchenden durch Silberdraht, hierauf Vernähung der Gelenkhöhle unter Einlegung seitlicher Drainagen, welche binnen 24 Stunden wieder entfernt werden — sind sehr befriedigend und wird die Methode angelegentlichst empfohlen, da sie weit bessere Resultate gibt als alle anderen bisher geübten Verfahren.

F. Lacher-München.

Inaugural-Dissertationen.

Universität **Bonn.** Januar 1899.

1. Egener Karl: Die Resultate der Jodoforminjection bei Hand- und Ellenbogengelenktuberculose. (1895—1897.)
2. Ostermann Friedrich Albert: Ueber Todesfälle nach medicamentösen Injectionen in den nicht puerperalen Uterus.

Universität **Erlangen.** Januar 1899.

1. Steidle Alois: Ueber Encephalopathia saturnina.
2. Hayler Max: Décollement de la peau et des couches sousjacentes. Die traumatische Ablösung der Haut von den tiefer

liegenden Schichten durch Lymphe.
3. **Poetzsch** Carl: Ueber das Auftreten von Fibrin in tuberculösen Lymphdrüsen.

Universität **Freiburg i. B.** Januar 1899.

1. **Kirstein** Fritz: Ueber einen Fall von Melanosarkom mit ausgedehnten Metastasen unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Theorien über die Naevi.
2. **Vogelpoel** Eugène: Herniae und Pseudoherniae musculares.
3. **Gijselman** Hermann: Die Kakodylsäure in der Behandlung von Hautkrankheiten.
4. **Lehmann** Conrad H.: Ueber die Veränderungen der Nieren bei Kalomeldarreichung.
5. **Dammert** Franz: Ueber Hydrocele bilocularis intraabdominalis.

Universität **Giessen.** Januar 1899.

1. **Lutz** Adolf: Beiträge zur Kenntniss der Drüsen des dritten Augenlids*).
2. **Fanner** Karl: Ueber Hinterscheitelbeineinstellung.

Universität **Greifswald.** Januar 1899. Nichts erschienen.

Universität **Halle a. S.** Januar 1899.

1. **Bode** Philipp: Lungenembolie nach Geburten und gynäkologischen Operationen.
2. **Fuchs** Karl: Die Abhängigkeit des Geburtsgewichts des Neu geborenen vom Stand und der Beschäftigung der Mutter.
3. **Janzen** Rudolf: Ueber Diabetes insipidus (ein besonderer Fall).
4. **Krohn** Wilhelm: Ueber Geschwülste der submaxillaren Speicheldrüse.

Universität **Heidelberg.** Januar 1899.

1. **Assmy** P.: Ueber den Einfluss der Durchtrennung motorischer Nerven auf die Narbenbildung bei extramedianen Bauchschnitten.

Universität **Marburg.** Januar 1899.

1. **Auler** Richard: Ueber klinische und pathologisch-anatomische Beiträge zur Kenntniss des Netzhautglioms.
2. **Wolf** Wilhelm: Ueber den Einfluss von Kupfer- und Zinksalzen auf die Haemoglobinbildung.

Universität **München.** Januar 1899.

1. **Duschinsky** Max: Experimentelle Untersuchungen über die Vermeidung von Adhaesionen nach Laparotomien.
2. **Rohrer** Anton: Zur Kenntniss der Skeletveränderungen bei partiellem und totalem Riesenwuchse und bei Rachitis.
3. **Heineman** H. Newton: Experimentelle Untersuchung am Menschen über den Einfluss der Muskelarbeit auf den Stoffverbrauch und die Bedeutung der einzelnen Nährstoffe als Quelle der Muskelkraft.
4. **Schmitt** Eduard: Ueber Retropharyngealabscesse.
5. **Vorderbrügge** Paul: Casuistischer Beitrag zur traumatischen Meningealapoplexie.
6. **Welsch** Karl: Ueber Sarkom des Magens.

Universität **Strassburg.** Januar 1899.

1. **Horber** Theophil: Ueber das Mundbodencarcinom.
2. **Krieger** Hans Th.: Ueber die Darstellung krystallinischer thierischer Eiweissstoffe.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 8. Februar 1899.

Demonstrationen:

Herr C. **Benda** demonstrirt die Organe einer an tertiärer Lues verstorbenen Frau, Herr **Albu** 2 Männer mit **Tetanie in Folge von Magenerweiterung.** Der erste dieser Patienten war verschüttet worden und will bei dieser Gelegenheit eine grössere Zahl Kieselsteine verschluckt haben. Es wurden in der That bei späteren Spülungen solche entleert. Später trat fast unstillbares Erbrechen auf und es liess sich eine starke Magenektasie mit motorischer Insufficienz und Hyperacidität nachweisen, auf welche eine Geschwürsnarbe am Pylorus zurückgeführt wird. Ausserdem besteht Kopfschmerz, Kribbeln in den Händen, Ziehen in denselben und, wie **Oppenheim** feststellte, gesteigerte elektrische Erregbarkeit, sowie das **Trousseau**'sche und **Chvostek**'sche Phänomen, also das Bild der **latenten Tetanie.**

Im zweiten Falle führte ein kleines **Magencarcinom** am Pylorus zur Magenektasie und Tetanie, die nach Resection des Pylorus heilten.

In beiden Fällen führt Vortragender die Tetanie auf **Intoxication** durch die im ektatischen Magen entstandenen Gifte zurück.

Herr **Jakobsohn** demonstrirt ein von **Schöler** mit bestem Erfolge an **Hydrencephalocele** operirtes Kind.

*) Ist Diss. zur Erlangung der vet.-med. Doctorwürde.

Tagesordnung:

Herr **Virchow: Rachitis und Hirnanomalie.**

Vortragender demonstrirt an einem auf der Kinderklinik der Charité verstorbenen rachitischen Kinde die charakteristischen Veränderungen an den Knochen der Extremitäten, Rippen und des Kopfes. An letzterem führen die **Schädelverdickungen** nicht bloss äusserlich zu Missstaltungen, sondern auch zu **Verkümmerung des Gehirns.** Im höchsten Grade findet letzteres in jenen seltenen Fällen statt, wo die rachitischen Knochenablagerungen zu vorzeitigem Verwachsen der Nähte führen. Bei dem demonstrirten Kind fand sich noch ein Hydrocephalus internus, der auf eine alte Thrombose zurückzuführen ist.

Vortragender warnt noch vor Verwechslung der rachitischen Veränderungen mit den osteomalacischen und steht bezüglich der Frage nach dem Beginne der rachitischen Veränderungen auf dem Standpunkte, dass ein nicht geringer Theil zur **Rachitis congenita** gehöre.

Herr **Hansemann: Rachitische Mikrocephalie bei 2 Geschwistern.** (Demonstration.)

An den Skeletten zweier Geschwister ($1\frac{1}{2}$ und $2\frac{1}{2}$ Jahre) demonstrirt Vortragender nebst anderen rachitischen Veränderungen der Knochen die auffallend starke **Mikrocephalie.**

Der Vater der Kinder besitzt einen sehr grossen viereckigen Kopf, die Mutter und ein Neugeborenes sind normal. Die Kinder starben an einer diphtheritischen bezw. nomaartigen Affection der äusseren Genitalien. Sie **sollen** geistig normal gewesen sein. Die **Schilddrüse** war bei Beiden makroskopisch und mikroskopisch normal. Auffallenderweise hatten beide eine ähnliche Missbildung an der linken Niere, nämlich eine Verlagerung des Hilus nach vorne bezw. hinten.

Das ganze Skelet inclusive der Kiefer zeigt rachitische Veränderungen, am stärksten sind die Schädelveränderungen. Die Grösse des Schädels beträgt ungefähr die Hälfte des Normalen, die Nähte sind verwachsen, die Gehirne sind verkleinert und verkümmert, das Grosshirn bedeckt das Kleinhirn nicht völlig und die Windungen sind nicht vollständig entwickelt. Der Hirnstamm ist im Ganzen gut entwickelt, die Verkleinerung betrifft also vorwiegend den Hirnmantel.

Einen Zusammenhang zwischen der Kleinheit des Gehirns und der Synostose nimmt Vortr. jedoch nicht an; denn die Veränderungen im Gehirn sind derartig, dass sie schon in einem frühen embryonalen Leben begonnen haben müssen, während die rachitischen Knochenveränderungen nach seiner Meinung und seinen wie anderer Autoren Untersuchungen nicht embryonal sind. Es besteht also ein zufälliges Nebeneinander.

(**Discussion** über beide Vorträge vertagt.)

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 6. Februar 1899.

Demonstrationen:

Herr **Bernhard** einen jungen Mann mit **Thomsen**'scher **Krankheit,** welche jedoch nur einen kleinen Theil des Bewegungsapparates ergriffen hat, den Orbicularis, die Fingermuskeln und einen Theil der Oberschenkelmusculatur. Bei Thomsen und seiner Familie bestand bekanntlich die Affection darin, dass plötzliche Bewegungen, z. B. schnelles Aufstehen, nicht möglich waren; erst allmählich wurde z. B. beim Gehen die Muskelrigidität überwunden. Im Gegensatz zu dieser zuerst von **Leyden** beschriebenen Affection (Myotonia congenita, **Erb**) wird Paramyotonie jene Muskelrigidität genannt, die bei manchen Personen nur unter gewissen Verhältnissen, z. B. in der **Kälte** eintritt. Bei dem vorgestellten Patienten scheinen beide Affectionen zusammen zu bestehen, doch sind nur einige wenige Muskelgruppen davon befallen. Die von **Jolly** aufgestellte charakteristische Zuckungscurve ist angedeutet, auch die mechanische Erregbarkeit in der myotonischen Weise verändert.

Herr **Gnauck:** Eine Frau mit rheumatischer und einen jungen Mann mit hysterischer Facialisparese. Ferner einen Bahnbeamten mit **Tabes,** die der Patient auf einen drei Monate zuvor erlittenen **Unfall** zurückführt. Zur Beleuchtung des aetiologischen Verhältnisses stellt G. einen zweiten Tabiker vor, der trotz sicherer Tabes seinen Dienst als Bahnbeamter thut und sich völlig gesund fühlt. Würde dieser, so sagt Gn., zufällig jetzt einen Unfall erleiden und Kenntniss von seiner Krankheit bekommen, so würde er selbstverständlich seine Tabes auf den Unfall zurückführen.

In der sehr lebhaften Discussion, die sich an diese Demonstration schloss, führt Herr **Goldscheider** aus, dass es sich für die Unfallfrage gar nicht darum handle, ob ein Mensch seine Tabes durch einen vorher erlittenen Unfall bekommen habe, sondern darum, ob die Tabes durch den Unfall verschlimmert wurde. Die **Möglichkeit** dieses Zusammenhanges genüge dem Reichsversicherungsamte für ein dem Verunglückten günstiges Urtheil.

Herr Ewald ist demgegenüber der Meinung, dass auch dieser Zusammenhang nicht sicher sei.

Ausserdem sprechen hiezu die Herren: Kalischer, v. Leyden, Michaelis und Litten.

Tagesordnung:

Herr **M. Wassermann: Ueber Pneumococcenimmunität.**

Auf Grund eingehender Experimente an Kaninchen konnte Vortragender unsere Kenntnisse über den Ort bezw. das Organ, in welchem bei den verschiedenen Infectionskrankheiten die immunisirende Substanz bereitet wird, dahin erweitern, dass dieses Organ für die durch den Fraenkel'schen Pneumococcus verursachte Pneumonie im Knochenmark gegeben ist.

Im Anfang der künstlichen Infection findet sich diese immunisirende Substanz nur im Knochenmark, nach 4—5 Tagen auch im Blutserum.

Diese höchst interessante Thatsache konnte Vortr. auch bei einem an Pneumonie verstorbenen Menschen bestätigen, dessen Oberschenkelknochenmark einen hohen immunisirenden Werth besass.

Vortr. weist darauf hin, dass die für die Diagnose und Prognose der Pneumonie interessante Leukocytose nach Ehrlich's Anschauung ebenfalls im Knochenmark ihren Entstehungsort besitzt. Doch gelang es Vortr. bis jetzt nicht, einen Parallelismus zwischen der Stärke der Immunisirung und der Zahl der polynucleären Leukocyten nachzuweisen. H. K.

Berliner Briefe.

(Eigener Bericht.)

Gesetzentwurf, betreffend die staatlichen Ehrengerichte für Aerzte. — Erlass des Cultusministers, betreffend die Curpfuscherei. — Die neue ärztliche Prüfungsordnung. — Die weibliche Polizeiärztin. — Nichtaufnahme der Aerztinnen in die Medicinische Gesellschaft. — Internationaler Impfgegnercongress.

Die Thronrede, mit welcher die diesjährige Session des preussischen Landtages eröffnet wurde, enthielt u. A. die Ankündigung eines Gesetzentwurfes über staatliche Ehrengerichte für Aerzte, und damit kam auch sofort die Discussion über diesen Gegenstand, welche nach heissen Redekämpfen längere Zeit geschlummert hatte, wieder in Fluss. In den ärztlichen Vereinen ist es zwar bis jetzt gänzlich still davon geblieben, in diesen ist seiner Zeit darüber schon so viel gesagt worden, dass jetzt zu sagen fast nichts mehr übrig bleibt. Um so lebhafter gestalten sich die Erörterungen in der politischen Tagespresse, fast jede einzelne Nummer bringt eine Bemerkung darüber, deren Umfang zwischen wenigen Zeilen und spaltenlangen Leitartikeln schwankt, aber nach neuen Argumenten für und wider die Ehrengerichte sucht man auch hier vergebens. Innerhalb der Fachpresse sind die Meinungen ebenfalls getheilt. Während die Deutsch. med. Wochenschr. den Gesetzentwurf sympathisch begrüsst und von den Aerzten ein thatkräftiges Interesse für das Zustandekommen des Gesetzes erwartet, ruft die Berl. klin. Wochenschr. die Aerztevereine im Lande auf, sich mit Eingaben an den Landtag zu wenden, um verschiedene Abänderungen zu erwirken, ohne die das Gesetz einen wirklichen Nutzen für unseren Stand nicht verspreche. Betrachten wir nun den Entwurf selbst und seine Begründung, so erkennt man, dass er dem ursprünglichen sehr ähnlich sieht. Einen wesentlichen Zusatz bildet das Umlagerecht, welches den Aerztekammern verliehen werden soll. Dieses soll im Verein mit den ehrengerichtlich verwirkten Strafen eine Grundlage für die Ordnung des sehr im Argen liegenden ärztlichen Unterstützungswesen bilden. Dass die Fürsorge für hilfsbedürftige Aerzte und deren Hinterbliebene ein tief empfundenes Bedürfniss ist, das mit dem sich steigernden Nothstand der Aerzte immer dringender wird, kann Keinem zweifelhaft erscheinen; es ist jedoch schwer zu erkennen, welcher innere Zusammenhang zwischen diesem Gegenstand und der Ehrengerichtsbarkeit besteht. Wesentlich ist ferner die Bestimmung, dass der Ehrengerichtshof, an den dem Vertreter der Anklage ebenso wie dem Angeschuldigten die Berufung gegen das Urtheil erster Instanz, des Ehrengerichts, freisteht, in seiner Majorität von Aerzten gewählt wird; er besteht nämlich aus 4 Mitgliedern des Aerztekammerausschusses, dem Director der Medicinalabtheilung des Ministeriums der Medicinalangelegenheiten und 2 vom Könige ernannten Aerzten.

Die Begründung des Gesetzentwurfes beruft sich darauf, dass aus ärztlichen Kreisen das Verlangen nach Ehrengerichten laut geworden ist, und dass auch die Majorität des Aerztekammerausschusses, also die Mehrzahl der preussischen Aerzte diesem Verlangen Ausdruck gegeben haben. Vergleicht man jedoch die Verhandlungen der Aerztekammern mit dem vorliegenden Entwurf, so findet man manche principielle Wünsche unberücksichtigt. Eine ewige Crux bildet der Ausschluss der beamteten Aerzte, soweit sie Privatpraxis treiben, von den Ehrengerichten. Diese Bestimmung ist, wie der Regierungsvertreter im Abgeordnetenhause ausdrücklich erklärte, ein Noli me tangere, und doch muss sie bei den mannigfaltigen und engen Beziehungen, in die fast täglich der Beruf z. B. die Kreisphysiker zu ihren nicht beamteten Collegen führt, den Keim unaufhörlicher Aergernisse und Streitigkeiten in sich bergen. Dazu kommt noch, dass der Begriff des beamteten Arztes ausserordentlich weit gefasst ist; es werden ausser den eigentlichen Beamten auch die Aerzte der Gemeinde-, Kreis- und Provincialverbände und «ähnlicher unter der Aufsicht und Controle des Staates stehender Corporationen» gerechnet. Dahin würden also viele Aerzte gehören, deren Thätigkeit zu mehr als 9 Zehntel eine private und nur zu einem ganz geringen Bruchtheil eine amtliche ist.

Den Kernpunkt des Gesetzes bildet die Frage, was Gegenstand des ehrengerichtlichen Verfahrens sein soll. Es heisst darüber in § 3 des Entwurfes: «Das Ehrengericht hat über Verstösse gegen die ärztliche Standesehre und gegen das Verhalten, welches der Beruf des Arztes erfordert, zu entscheiden». Dass der Inhalt dieses Satzes ein unzweideutiger und klarer ist, wird Niemand behaupten können; er wird auch nicht klarer durch den § 14: «Ein Arzt, welcher die Pflichten seines Berufes verletzt oder sich durch sein Verhalten der Achtung und des Vertrauens unwürdig zeigt, welche der ärztliche Beruf erfordert, hat die ehrengerichtliche Bestrafung verwirkt». Die ominösen Worte des früheren Entwurfs «innerhalb und ausserhalb des Berufs» sind zwar weggeblieben, auch heisst es in der Begründung ausdrücklich, dass politische, wissenschaftliche und religiöse Ansichten und Handlungen eines Arztes als solche niemals den Gegenstand eines ehrengerichtlichen Verfahrens bilden können. Aber dieser Satz ist, sofern er nur in der Begründung und nicht im Gesetz selbst steht, völlig unverbindlich; und den Begriff der ärztlichen Standesehre zu definiren, erklärt dieselbe Begründung für unausführbar. Damit aber bleibt dem willkürlichen Ermessen der einzelnen Ehrengerichte fast Alles überlassen, und es kann leicht dasselbe geschehen, was wir in Verhandlungen der ordentlichen Gerichte über ärztliche Angelegenheiten nicht gerade selten erlebt haben, nämlich dass über dieselben Dinge von verschiedenen Gerichten verschiedene Entscheidungen getroffen werden.

Bei der ersten Lesung des Gesetzentwurfes im Abgeordnetenhause, welche am 4. Februar stattfand, sprach sich die Mehrzahl der Redner, die zum grösseren Theil Aerzte sind, für den Entwurf aus, absolut dagegen nur Langerhans, bedingt dafür Virchow. Die Verhandlung liess erkennen, dass das Zustandekommen des Gesetzes kaum zweifelhaft ist, und es bleibt nur abzuwarten, ob die Arbeiten der Commission, welcher die Vorlage überwiesen wurde, noch wesentliche Verbesserungen zu Tage fördern werden.

Mit der Errichtung von Ehrengerichten ist vielfach die Frage des Curpfuschereiwesens verknüpft worden, obwohl der Zusammenhang nur ein sehr lockerer ist. Neuerdings wendet sich der Cultusminister mit einem Erlass an die Aerztekammern, welcher von Neuem die Erörterung dieser Frage anregt. Aus ärztlichen Kreisen seien wiederholt Kundgebungen erfolgt, welche in der Freigabe der Ausübung der Heilkunde die Ursache für arge Missstände auf dem Gebiete der Gesundheitspflege einerseits und für die Verschlechterung der Verhältnisse des ärztlichen Standes andererseits sehen. Bevor jedoch Anträgen auf Herbeiführung einer entsprechenden Abänderung der Gesetzgebung Folge gegeben werden könne, wünscht der Minister gutachtliche Aeusserungen von Seiten der Aerztekammern darüber, ob und welche Missstände in Folge

der Freigabe der Heilkunde hervorgetreten seien, sowie die Beibringung schlüssigen thatsächlichen Materials aus den einzelnen Bezirken. Das klingt sehr vertrauenerweckend. Aber der Gegenstand ist schon so oft in den Aerztekammern und in den Aerztevereinen berathen worden, und es ist schon so viel schlüssiges thatsächliches Material beigebracht worden, dass alle Grundlagen für eine entsprechende Abänderung der Gesetzgebung schon heut gegeben sind, wenn anders die Aussicht besteht, dass die Regierung sie überhaupt je als gegeben ansehen wird. Aber so lange in den hohen und höchsten Kreisen die Stützen der Curpfuscherei gefunden werden, ist an ein Curpfuschereiverbot schwerlich zu denken.

Da somit der jetzt bestehende Zustand in absehbarer Zeit voraussichtlich keine Aenderung erfahren wird, so bleiben in der Hauptsache zwei Wege, um das durch die Curpfuscherei angerichtete Unheil zu mildern: die Aufklärung des Publicums, die aber an dem Indifferentismus oder der mangelnden Intelligenz desselben, auch an dem Mangel an geeigneten und geneigten Personen, die diese Function übernehmen könnten, sehr bald ihre natürliche Grenze findet, und die gründlichere Durchbildung der heranwachsenden ärztlichen Generationen. Eine solche ist bei dem enormen Aufschwung, den die medicinische Wissenschaft in neuerer Zeit genommen hat, schon lange als dringendes Bedürfniss empfunden worden, und diesbezügliche Wünsche sind auch auf Aerztetagen laut geworden. Im vorigen Monat fand hier eine Conferenz statt, zu der aus den deutschen Bundesstaaten Sachverständige berufen waren, und die Feststellung einer neuen ärztlichen Studien- und Prüfungsordnung berathen sollte. Aus dem Ergebniss dieser Berathungen ist als wesentlich hervorzuheben, dass die Studienzeit 10 statt 9 Semester umfassen soll, von denen aber 5 auf die Vorfächer und 5 auf die Hauptfächer zu verwenden sind. Damit wäre also die Zeit für die naturwissenschaftliche Vorbildung, die bisher in 4 Semestern ganz gut bewältigt werden konnte, um 1 Semester verlängert, und die Zeit für die eigentliche klinische Ausbildung, an die gerade erhöhte Anforderungen gestellt werden müssen, dieselbe geblieben. Allerdings soll Anatomie und Physiologie schon in der Vorprüfung endgiltig erledigt werden und in der Hauptprüfung nicht wiederkehren, aber erfahrungsgemäss wurde in diesen beiden Fächern schon immer genügend gearbeitet, und mehr wird auch bei einem fünfsemestrigen Vorstudium kaum geleistet werden. Dagegen ist die Hauptprüfung um 2 wichtige Fächer vermehrt, nämlich um die Psychiatrie und die Kinderheilkunde. Es kann ferner seitens der Centralbehörde die Prüfung in den Nasen- und Kehlkopfkrankheiten der chirurgischen Prüfung, diejenige in den Ohrenkrankheiten, den Hautkrankheiten und der Syphilis der medicinischen Prüfung zugewiesen werden. Wenn man bedenkt, dass auch die anderen Fächer, die schon von jeher Gegenstand der Hauptprüfung waren, von Jahr zu Jahr an Umfang und Inhalt zunehmen, so muss es fast unmöglich erscheinen, den ganzen ungeheueren Stoff in 5 Semestern zu bewältigen, in demselben Zeitraum, der für das Vorstudium in Aussicht genommen ist. Gerade weil die 5 klinischen Semester als unzureichend für die praktische Ausbildung erkannt wurden, war von ärztlicher Seite immer die Forderung des praktischen Jahres an einem Krankenhause nach Beendigung des Universitätsstudiums erhoben. Die Ablegung eines praktischen Jahres wurde auch von der Conferenz als wünschenswerth bezeichnet, aber nicht als ein nothwendiger Bestandtheil der ärztlichen Ausbildung und somit als eine Bedingung für die Ertheilung der Approbation angesehen.

Die Conferenz sollte sich auch mit der Frage der Zulassung der Frauen zum Studium der Medicin beschäftigen. Dabei wurde allseitig betont, dass die Vorbedingung dazu die gleiche Vorbildung wie für männliche Aerzte sein müsste, und dass die Frauen sich auch genau denselben Prüfungen zu unterwerfen hätten. Im Uebrigen wurde die Frage als zur Zeit noch nicht sprechreif bezeichnet. Im Gegensatz dazu hatte das Berliner Polizeipräsidium die Frage schon längst für spruchreif gehalten und, wie hier seiner Zeit mitgetheilt war, die Absicht gehabt, zur Schonung des Schamgefühls der der Prostitution verdächtigen Personen eine Aerztin als Gehilfin des Polizeiarztes anzustellen. Die Sache hatte viel Staub aufgewirbelt; sie wurde als eine Umgehung der bestehenden Rechtsordnung angesehen und hatte zu lebhaften Protesten Anlass gegeben. Jetzt hat sie eine unerwartete Lösung gefunden. In den Kreisen der Frauenvereine selbst kam der Standpunkt zur Geltung, dass sie sich mit der Stellung einer Gehilfin nicht begnügen dürften, sondern eine dem männlichen Arzt völlig gleichwerthige Stellung verlangen müssten. Die Annahme eines untergeordneten Postens würde der Sache der Gleichberechtigung der Frauen eher schaden als nützen. So kam es, dass sich unter den in Betracht kommenden Aerztinnen keine fand, die die vacante Stelle zu übernehmen geneigt gewesen wäre, und dass das Polizeipräsidium seine Absicht nolens volens aufgeben musste.

Wenn auch der Widerstand gegen die Uebertragung amtlicher Functionen an nicht in Deutschland approbirte Personen sehr berechtigt ist, so ist es doch zu bedauern, dass den weiblichen Aerzten die Möglichkeit wissenschaftlicher Fortbildung erschwert wird. Das Gesuch einer Collegin um Aufnahme in die «Medicinische Gesellschaft» musste abgelehnt werden, da die Statuten der Aufnahme im Wege ständen. Es ist freilich auffallend, da wir doch schon seit vielen Jahren Aerztinnen in Berlin haben, dass diese nicht schon längst den Wunsch geäussert haben, an den Sitzungen der wissenschaftlichen Vereine theilzunehmen. Vielleicht wären dann heut die Statuten schon dahin geändert, dass die Approbation an einer vollwerthigen ausländischen Universität zur Aufnahme in die «Medicinische Gesellschaft» ebenso genügt wie diejenige einer deutschen. Es ist schlechterdings kein logischer Grund einzusehen, warum man einem österreichischen oder schweizerischen Collegen die Aufnahme in wissenschaftliche Vereine eo ipso versagen soll.

Die Aerztinnen werden sich, wenn sie jetzt das Bedürfniss empfinden, an wissenschaftlichen Versammlungen theilzunehmen, bis auf Weiteres vielleicht an den grossen Congressen mit weniger rigorosen Statuten schadlos halten können; und dazu werden die nächsten Monate Gelegenheit geben. Es naht die Zeit, wo sich die Männer der Wissenschaft bald hier bald dort zu heissen Redeschlachten und daran anschliessenden obligaten Mahlen congressfroh zu versammeln pflegen. Berlin allein wird in den nächsten Monaten eine stattliche Reihe von Congressen in seinen Mauern sehen. Im März findet hier die Balneologenversammlung statt, im April der Chirurgencongress, im Mai der Congress zur Bekämpfung der Tuberculose, und jetzt verlautet noch, dass im Juni der «Deutsche Impfgegnerbund» einen grossen internationalen Congress zu veranstalten beabsichtigt. Hervorragende Impfgegner aller Länder haben ihr Erscheinen zugesagt und Vorträge angekündigt. Auch sollen Vertreter des Kaiserlichen Gesundheitsamtes sowie überhaupt die impffreundliche Aerzteschaft unter Zusicherung voller Redefreiheit zur Theilnahme eingeladen werden. Hundert Jahre, nachdem Jenner die erste Impfung vollzogen hat, ein internationaler Impfgegnercongress! Das ist vielleicht auf dem Gebiete der Wissenschaft die grösste reactionäre That des scheidenden Jahrhunderts. Hoffen wir, dass der Tuberculosecongress umso befruchtender auf die wissenschaftliche Arbeit einwirken wird, damit es dem kommenden Jahrhundert gelinge, die Schwindsucht aus der Welt zu schaffen, wie es dem 19. Jahrhundert — wenigstens in Deutschland — gelungen ist, die Pocken nahezu gänzlich zu beseitigen. K.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 7. Februar 1899.

Vorsitzender: Herr Kümmell.

I. Demonstrationen:

1. Herr **Hahn** zeigt eine seit 12 Jahren verheirathete und im Anfang der Ehe specifisch inficirte und antiluetisch behandelte Frau. Dieselbe blieb bis vor 3 Jahren ohne Zeichen von Syphilis, gebar eine Reihe gesunder Kinder, von denen eins 6 Monate alt an Hirnhautentzündung, ein zweites $1^1/_2$ Jahre alt an einer Pneumonie starben. Vor 3 Jahren stellten sich im Gesicht und an den Armen serpiginöse Hautulcera ein, die von anderer Seite als Lupus angesprochen und demgemäss behandelt wurden. Dazu kamen osteocope Schmerzen und grosse subcutan gelegene, mit der Haut und den Knochen nicht zusammenhängende Tumoren. Obwohl die Kranke im Stadium einer floriden tertiären Lues stand und

bisher unbehandelt blieb, concipirte sie und gebar ein derzeit $1^1/_2$ Jahre altes, bisher krankheitsfreies Kind. Die theils wallnuss-, theils hühnereigrossen Tumoren entsprechen den Sehnenscheiden der Extensoren der Hände und Füsse. Ferner finden sich neben ausgebreiteten serpiginirenden Knötchensyphiliden periostale Wucherungen und beginnende Osteosklerose, die mit Röntgenstrahlen studirt wurden. Die gummösen Sehnenscheidenaffectionen sind seltene Vorkommnisse; in 600 Fällen von tertiärer Syphilis fand Hahn 4 derartige Fälle, von denen 3 Männer, 1 eine Frau betrafen.

Im Anschluss hieran demonstrirt H. eine Reihe von Röntgenbildern von Knochensyphilis, sowie Aufnahme von syphilitischer Kniegelenksentzündung.

2) Herr **Deutschmann** demonstrirt an einem Falle von angeborenem Schichtstaar, die Fehler einer zu grossen **Iridectomie zu optischen Zwecken** und die Vorzüge der von ihm geübten **Iridotomie**.

3. Herr **Lauenstein** zeigt das Röntgenbild eines **Mediastinaltumors** und demonstrirt Skiagramme von Aortenaneurysmen zur Differentialdiagnose.

II. An der Discussion über den Vortrag des Herrn **Kümmell: Die congenitale Hüftluxation in Röntgenscher Durchleuchtung und die Resultate ihrer Behandlung** betheiligen sich die Herren Sick, Wiesinger, Lauenstein, Cordua, Waitz und der Vortragende.

Werner.

Biologische Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 17. Februar 1899.

Vorsitzender: Herr Simmonds. Schriftführer: Herr Justi.

Herr **Urban** demonstrirt eine angeborene **Missbildung des Urogenitalapparates** von einem bisher gesunden, im Uebrigen normal entwickelten 15jährigen Mädchen, das an acutem Darmverschluss gestorben war: Es fehlte die rechte Tube, das rechte Ovarium und Ligam. rotundum. Der linke Theil der inneren Geschlechtstheile war normal entwickelt, der Uterus unicornis am Fundus nach der linken Seite hin abgebogen. Ausserdem fehlten die rechte Niere und der rechte Ureter vollständig. In der Harnblase fand sich nur die linke Uretermündung, von der rechten auch nicht eine Andeutung, die Harnblase war im Uebrigen normal entwickelt. Die linke Niere war hypertrophisch, die rechte Nebenniere lag an ihrem normalen Platze und war regelrecht entwickelt.

Herr **Trömner** legt Präparate und Zeichnungen vor, welche die bis jetzt bekannten und studirten **Bestandtheile der Nervenzelle** zur Ansicht bringen. Das erste zeigt (an einer Vorderhornzelle) den granulären (Nissl'schen) Zellbestandtheil in seiner gesetzmässigen, auf bestimmte Bahnen hinweisenden Vertheilung in Zellkörper und Fortsätze. Bezüglich der Art und Zusammensetzung sei anzunehmen, dass er kein Kunstproduct, sondern (in Form unregelmässig vertheilter Körnchen) präformirt sei. Erfahrungen in pathologischen Fällen beweisen, dass er nur für Stoffwechsel und Ernährung, nicht für die specifisch nervöse Function der Zelle von Bedeutung ist.

Das zweite Präparat zeigt (als Positiv zu dem Nissl'schen Zellnegativ) den fibrillären Zellbestandtheil nach Becker; das dritte (Lendenmark bei Delirium tremens) den nach Schwund des granulären Bestandtheils sichtbar bleibenden spongiösen, ein zartes, allenthalben verbreitetes Grundnetz, welches keinerlei Beziehung zu den specifischen Fibrillen zu haben scheint. Ein viertes Präparat endlich soll zeigen, dass die gewöhnlich verwendeten Haematoxylinmethoden nicht die leitenden Fibrillen, sondern im Wesentlichen den spongiösen Zellbestandtheil darstellen.

Herr **Unna** macht darauf aufmerksam, dass die Nissl'schen Körperchen und die netzförmige Structur an den Ganglienzellen ganz genau denjenigen Zellenbestandtheilen entsprechen, die er vor mehreren Jahren im Biologischen Verein als Granoplasma und Spongioplasma der Bindegewebszellen unterschieden hat. Er hat, schon ehe die Nissl'schen Befunde bekannt waren, diese von ihm als Granoplasma der Ganglienzellen aufgefassten Gebilde gesehen, als er zufällig das verlängerte Mark wuthkranker Kaninchen mit der polychromen Methylenblaulösung färbte und mittels Glycerinäther entfärbte. Alle vom Vortragenden angegebenen Eigenschaften der Nissl'schen Körper entsprechen den allgemeinen Eigenschaften des Granoplasmas, so die tinctorielle Vorliebe für Methylenblau an nicht in Mineralsäuren und Metallsalzen fixirtem Gewebe, die «körnige» Structur, die an den alten Begriff des «körnigen Protoplasmas», aber nicht an Altmann's und Ehrlich's Granula erinnern, die Einlagerung dieser Substanz in ein wabiges, schwächer färbbares Gerüst und das Austreten von Substanzbrocken mit ihrer eigenthümlichen Tingibilität in das umgebende Gewebe.

Unna empfiehlt den Neurologen das Studium der grossen Bindegewebszellen der Wundgranulationen, eines nervenlosen Gewebes, an der Hand der dermatologischerseits bereits gebräuchlichen Protoplasmafärbungen, um über dasjenige in's Klare zu kommen, was an den protoplasmatischen Bestandtheilen der Ganglienzellen nicht nervös, weil allen Bindegewebezellen und Epithelien gemeinsam ist. Er constatirt mit Genugthuung seine Uebereinstimmung mit dem Vortragenden, insofern auch dieser den Nissl'schen Körperchen und dem Spongioplasma der Ganglien die nervöse Natur aberkennt.

Herr **Wiesinger** demonstrirt das Präparat eines **haemorrhagischen Infarctes des Hodens**, bedingt durch Torsion des Samenstrangs.

Dasselbe stammt von einem $1^1/_2$jährigen Kinde, welches acut mit einer entzündlichen Anschwellung in der rechten Leistengegend erkrankte. Der rechte Hoden fehlte im Scrotum. Die Incision legte einen schwarz-rothen stark geschwollenen Hoden und Nebenhoden im Leistencanal frei, in der Umgebung wenig blutige Flüssigkeit, frisch entzündliche Adhaesionen mit der Umgebung.

Hoden und Samenstrang wurden nach Spaltung des Leistencanals exstirpirt. Der Samenstrang zeigte sich torquirt und zwar hatte er eine volle Umdrehung um seine Achse gemacht, welche an dem Präparat deutlich sichtbar ist, Hoden und Nebenhoden von massenhaften Haemorrhagien durchsetzt.

Nach diesem Präparat kann es keinem Zweifel unterliegen, dass die Torsion des Samenstranges die Ursache der haemorrhagischen Infarcirung ist.

Nicoladoni hat dies Krankheitsbild zuerst beschrieben und darauf aufmerksam gemacht, dass bei gestörtem Descensus des Hodens sich auch meist Anomalien der Insertion des Samenstranges und gleichzeitig mangelhafte Entwicklung oder völliges Fehlen des Mesorchion finden. Dies sind Momente, welche die Torsion des Samenstrangs, einem gesunden Hoden gegenüber, begünstigen.

Auf die dadurch bedingte Lageveränderung des Hodens, welche auch Nicoladoni bereits betont, hat Kocher besonders aufmerksam gemacht. Es nimmt nämlich der Hoden durch die veränderte Insertion des Vas deferens und der Gefässe meist eine mehr horizontale Lage an, welche von Kocher als Inversio testis horizontalis bezeichnet wird, und welche der Torsion des Samenstranges ganz besonders günstige Verhältnisse bietet.

Kocher hält es für wahrscheinlich, dass auch die Fälle von Hodeninfarct durch Torsion, welche bei Erwachsenen beobachtet sind, auf ähnliche pathologisch-anatomische Verhältnisse, gestörten Descensus testis, pathologische Insertion des Samenstranges, und vor Allem auf die Inversio horizontalis testis zurückzuführen sind.

Jedenfalls spielt der Leistenhoden mit den damit verbundenen Hemmungsbildungen bei dieser Affection die grösste Rolle. Ich selbst habe dieselbe bei 3 Kindern im Alter bis zu 2 Jahren alle 3 bei Leistenhoden beobachtet, die alle fast anatomisch genau dasselbe Krankheitsbild boten, wie das Kind, von welchem dies Präparat stammt.

Die Differentialdiagnose von einem incarcerirten Bruch, mit dem das Krankheitsbild grosse Aehnlichkeit hat durch den acuten Beginn, die Geschwulst und die meist dabei bestehenden leichten peritonitischen Erscheinungen, stützt sich wesentlich auf das Fehlen des Hoden auf der kranken Seite im Scrotum, auf die meist local heftigeren Entzündungserscheinungen und die meist dabei bestehende, wenn auch nicht sehr erhebliche Temperaturerhöhung. (Schluss folgt.)

Naturhistorisch-Medicinischer Verein Heidelberg.

Medicinische Section.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 29. November 1898.

Professor **Fleiner**: **Tiefsitzende Speiseröhrenerweiterungen** (mit Krankenvorstellungen).

Unter Bezug auf 2 frühere Beobachtungen, von welchen die eine in seinem Lehrbuche (Krankheiten der Verdauungsorgane I. pag. 109 u. f.), die andere von Netter (Archiv für Verdauungskrankheiten 1898 IV. Heft 2) beschrieben wurde, berichtet Fleiner zunächst über einen Sectionsbefund, welchen er Dr. Fischbach in Karlsruhe verdankt. Es handelte sich um eine nach Durchbruch eines Gallenblasenempyems an Peritonitis gestorbene Frau von 53 Jahren, welche seit jungen Jahren an Schlingbeschwerden litt und als Ursache derselben bei der Section eine Speiseröhrenerweiterung erkennen liess, die einen dicht über der Cardia sitzenden schlaffwandigen, flaschenbauchähnlichen Sack von der Grösse einer starken Mannesfaust darstellte. Die Cardia selbst war normal structurirt, aber ziemlich enge.

Hierauf stellt Fleiner 2 ähnliche Fälle vor und demonstrirt die Sondirungs- und Spülbefunde bei den Kranken.

Im 1. Falle K. B. handelt es sich um einen 30jährigen Werkmeister, welcher durch schlechte Kost und schwere Arbeit in einer mit schwefliger Säure geschwängerten Luft (Zellstofffabrik) eine intensive Oesophagitis bekam, die durch anscheinende Cardiospasmen grosse Schlingbeschwerden und ernstliche Ernährungsstörungen (Abmagerung um 42 Pfd.) hervorrief. Oberhalb der Cardia fand sich ein grosser Sack, in welchem mehr als 400 ccm Speichel und Speisereste stagnirten. Diese angestaute Masse hatte eine Acidität von 35 und enthielt viel abgestossene Oesophagusepithelien.

Feste Nahrung, Bier und Wein konnte nicht mehr genossen werden, auch von reizlosen Nahrungsmitteln wurde viel herausgewürgt.

Durch morgendliche Ausspülung der erweiterten Speiseröhre, die 400—500 ccm fasste, Sondenfütterung und Ausheberung des Speiseröhrensackes vor Schlafengehn, ging das Körpergewicht in klin. Behandlung schnell wieder in die Höhe. Nach monatelanger Selbstbehandlung nach angegebenen Regeln ist Patient wieder im Stande, gemischte Kost zu geniessen, auch Bier zu trinken, sowie volle Arbeit als Mechaniker zu leisten und den Lebensunterhalt für seine kleine Familie zu verdienen. Allerdings muss er morgens seine Speiseröhre noch ausspülen und vor den Mahlzeiten sondiren. Jetzt zeigt die Speiseröhre noch ein eigenthümliches Verhalten. Die weiche Magensonde stösst 43 cm hinter der Zahnreihe auf einen Widerstand an der Cardia. Dicht über letzterer ist eine spindelförmige Erweiterung, welche 100—140 ccm fasst. Lässt man aus einem hochgehaltenen Trichter Wasser durch die Sonde einfliessen, so stockt nach der Füllung dieses Sackes der Wasserstrom unter einem an der Sonde fühl- und sichtbaren Rucke ganz plötzlich. Es findet also beim Einströmen des Wassers nicht nur an der Cardia unten, sondern auch im Oesophagus oben (am oberen Pol der Spindel) ein Abschluss statt.

Diese spindelförmige Erweiterung des untersten Speiseröhrenabschnittes dicht über dem Zwerchfell ist als Vormagen zu bezeichnen; Fleiner hält ihn für angeboren. So lange die Speiseröhrenwandung sonst gesund war, machte der Vormagen keine Beschwerden; letztere traten erst nach der Erkrankung der Speiseröhrenwandung auf. Wahrscheinlich lässt sich bei der Intelligenz und musterhaften Selbstbehandlung des Patienten im Laufe der Zeit die jetzt noch vorhandene (im Verhältniss zu früher geringfügige) Functionsstörung auch noch beseitigen.

Der 2. Fall betrifft einen 23jährigen Beamten J. A., welcher sein Leiden selbst auf allzureichen Genuss geistiger Getränke, Mangel an fester Nahrung und übergrossen Geschlechtsgenuss zurückführt.

Das Leiden begann vor $2^1/_2$ Jahren mit überaus schmerzhaften Brustbeklemmungen beim Trinken von Bier oder Wein. Beim 1. oder 2. Schluck bekam Patient Beschwerden, als ob seine Brust auseinander gesprengt würde, nachher ging das weitere Trinken ganz glatt von Statten. In der Nacht floss bei tiefem Schlafe oftmals ein grosser Theil der am Tage genossenen Speisen und Getränke, mit Schleim gemischt, durch die Nase aus oder es kam überhaupt nicht zum Einschlafen, weil beim Liegen — wie bei dem von mir beschriebenen Kinde mit dem angeborenen Vormagen — ein eigenthümliches Rasseln in der Brust entstand und ein qualvoller krampfartiger Husten auftrat, welcher zum Herauswürgen von Speisen oder oft nur zum Herauswürgen reichlicher Schleimmassen führte. Endlich kam es auch zu Würgen und Erbrechen bei Tage und in Folge davon zu hochgradiger Abmagerung und Entkräftung.

Die äussere Untersuchung ergab an den Brustorganen nichts Abnormes, dagegen war der Magen schlaff und plätscherte in grosser Ausdehnung bis halbhandbreit unter den Nabel. Die Zunge war rein, die Schleimhaut des Rachens intensiv geröthet, soweit man hinabsehen konnte.

Beim Einführen der Sonde entleerten sich fast 500 ccm einer unangenehm sauer riechenden Masse, bestehend aus Speiseresten und einer schleimigen Flüssigkeit, welche eine Acidität von 105 darbot, aber keine Salzsäure und kein Pepsin enthielt, wohl aber viele abgestossene, zum Theil in Lamellen zusammenhängende Plattenepithelien und sehr starke Zuckerreactionen gab. Die weiche Sonde stiess 53 cm hinter der Zahnreihe auf und liess sich nicht weiterschieben; man musste sich desshalb zunächst auf die Spülung des Sackes beschränken. Nach einigen Tagen, als Sondengewöhnung erreicht war, gelang es nach der Entleerung und Waschung des Speiseröhrensackes (mit weicher Sonde), eine halbweiche französische dicke Sonde über das Hinderniss in den Magen hinabzuschieben (61 cm weit), den Magen zu spülen und die Sondenfütterung im Anschluss an die Spülung auszuführen.

Diese Behandlung (bestehend in Entleerung und Reinwaschung des Speiseröhrensackes, nachheriger Einführung einer steifen Sonde in den Magen und Fütterung) geschieht nun täglich früh Morgens. Abends wird der Speiseröhrensack einfach ausgehebert, um ihn über Nacht leer zu halten. Seither hört der nächtliche Krampfhusten, das Würgen und Erbrechen bei Tage auf, das Körpergewicht geht in die Höhe, und der Rauminhalt des Speiseröhrensackes nimmt ab; letzterer fasst jetzt nur noch 180—250 ccm, die Acidität seines Inhaltes sank auf 30—50.

Wahrscheinlich handelt es sich auch in diesem Falle um eine angeborene Anlage zu einem Antrum cardiacum, das unterhalb des Zwerchfells sitzt.

Ueber den weiteren Verlauf und genauere Daten wird Herr Dr. Vogelsang, der den Kranken mit mir behandelt, später ausführlicher berichten.

Professor **Fleiner: Ueber Chloralbacid.** (Vortrag erschien in No. 1 l. J. d. Wochenschr.)

Aerztlicher Verein in Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 7. Juli 1898.

Vorsitzender: Herr Karl Koch.

1. Herr Thorel demonstrirt: a) Aus dem Sectionsmaterial des Krankenhauses eine fast complete marantische Thrombose des linken Ventrikels, sowie ein von einem an Magencarcinom verstorbenen Individuum stammendes Lungenpräparat, welches eine enorme Carcinose der Pleuralymphgefässe erkennen liess.

b) Aus dem Sectionsmaterial des hl. Geist-Spitals einen walzenförmigen **Polypen des Ductus choledochus**, welcher das Lumen desselben völlig obturirte und so die Veranlassung zu einer schweren, tödtlichen Cholaemie gab.

c) Aus dem Sectionsmaterial des Sebastianspitals ein wallnussgrosses **thrombosirtes Herzaneurysma**; dasselbe befand sich in der Verlängerung des Herzens an der Spitze des linken Ventrikels und zeigte an seiner Vorderfläche noch eine secundäre kuglige, oder kleinere Ausstülpung. Im Bereiche des Aneurysmas und noch weiter nach oben zu war das Ventrikelmyocard völlig verödet, die Wandung stellenweise durchscheinend und fast lediglich von dem schwielig weissen Endocard gebildet. Zwischen Epi- und Pericard fanden sich hier einzelne feine, kranzförmige Verwachsungen. Coronararterien arteriosklerotisch.

2. Herr Friedr. Merkel spricht über den derzeitigen Stand der operativen Behandlung der **Retroflexio uteri.**

3. Herr v. Rad: **Die Stellung der Geisteskranken und Trinker im neuen bürgerlichen Gesetzbuch.**

Vortragender bespricht zuerst den für die Entmündigung in Betracht kommenden Paragraph. Die einzelnen Vortheile des neuen Gesetzes gegenüber den bisher giltigen Bestimmungen des preussischen und bayerischen Landrechts, namentlich auch der Fortfall der Lucida intervalla werden eingehend besprochen, weiterhin werden die die Geschäftsfähigkeit der Geisteskranken und Geistesschwachen, die Schadenersatzpflicht, die Ehescheidung wegen Geisteskrankheit regelnden Paragraphen commentirt. Die für letztere in Betracht kommenden Verhältnisse werden ausführlicher erwähnt und besonders darauf hingewiesen, dass auch bei unheilbaren Psychosen noch eine geistige Gemeinschaft vorhanden sein kann. Wenn mit der nun möglichen Entmündigung der Trinker schon allein wegen Trunksucht auch ein wesentlicher Fortschritt gegen früher erreicht und damit die Möglichkeit eines besseren Schutzes der Angehörigen der Trinker gegeben ist, so genügt doch die Entmündigung allein noch nicht und ist die zwangsweise Einweisung der Trinker in Trinkerheilanstalten noch zu erstreben. Erst dann hätte die Stellung des Gesetzgebers zu der Alkoholfrage die volle Zustimmung von ärztlicher Seite erlangt. Im Grossen und Ganzen sind die neuen veränderten Bestimmungen des bürgerlichen Gesetzbuches als ein wesentlicher Fortschritt in der Stellung des Gesetzes zu den Geisteskranken und Trinkern zu begrüssen.

4. Herr Heller: **Scarlatina perversa.** So möchte ich einen Krankheitsfall bezeichnen, den ich in jüngster Zeit zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit hatte, und zwar um desswillen, weil er mit einer Nephritis begonnen und mit einem typischen Scharlachexanthem endigte. — Der Verlauf war in kurzer Schilderung folgender: Ein 10jähriger, sonst gesunder Knabe, erkrankte Mitte März 1898 an einer acuten Nephritis mit allen charakteristischen Symptomen: Grosse Hautblässe, Oedem um die Augen, besonders des Morgens, hochgradige Albuminurie, starkem braunrothen Harnsediment, bestehend aus Detritus und fettig degenerirten Epithelien und Cylindern, reichlicher Blutbeimischung.

Die Krankheit verlief unter Milchdiät und warmen Bädern gutartig, ohne wesentliche weitere Complicationen, aber doch sehr langsam und unter häufigem Wechsel des Harnbefundes in quantitativer Hinsicht. Am 10. Mai trat plötzlich unter nur leichtem Fieber (38,8) und nur ganz leichter Angina ein sehr intensives Scharlachexanthem auf, das ganz normal mit späterer sehr starker Desquamation verlief. Von dem Auftreten des Exanthems an änderte sich der Urin mit einem Schlage. Das unmittelbar vorher noch bestehende Sediment verschwand vollständig, der Urin wurde rein und klar und zeigte nur wenige Tage noch minimales Eiweiss, womit die Krankheit abschloss und der Knabe als vollständiger Reconvalescent betrachtet werden konnte. — Ich beschränke mich hier nur auf den thatsächlichen Bericht, enthalte mich zunächst weiterer Reflexionen und gebe nur den einen Umstand zur Erwägung: In der 2. Februarhälfte behandelte ich den Knaben wegen Rhinitis mit Nasen-Rachen-Spülungen. Ob dieselben im Stande waren, die gewöhnliche initiale Localisation des Scharlachs in den oberen Luftwegen hintanzuhalten und einen modificirenden Einfluss auf den ganzen Krankheitsverlauf auszuüben? Nach meinen Erfahrungen und Anschauungen liegt dies nicht ausserhalb des Bereiches der Möglichkeit.

Wiener Briefe.

(Eigener Bericht.)

Wien, 11. Februar 1899.

Gegen den ärztlichen Berufszwang. — Hydrops genu intermittens. — Tuberculöse Infection bei der Beschneidung. — Spina bifida sacralis, osteoplastische Operation.

Die Wiener Aerztekammer beschäftigte sich am 7. l. Mts. mit der Frage der Aufhebung des ärztlichen Berufszwanges. Dem von Dr. Adolf Klein erstatteten Referate entnehmen wir Folgendes: Eine der beschämendsten legislativen Maassnahmen für den ärztlichen Stand ist der sog. Berufszwang. Weder im Wesen noch in der Art der Ausübung der ärztlichen Praxis, noch in den modernen socialen Verhältnissen irgendwie begründet, besteht diese Bestimmung, als eine den ärztlichen Stand moralisch herabsetzende und physisch ungemein drückende Last. Wie entstand der Berufszwang? In einer Zeit, da für die Armenbehandlung in keiner Weise vorgesorgt war, in einer Zeit, da die Zahl der Aerzte eine ungemein kleine war und dem einzelnen Arzte ein verhältnissmässig günstiger Wirkungskreis zukam, im Jahre 1782, erschien eine Hofresolution, welche mit einem Federstrich die gesammte interne Behandlung und Intervention bei Unglücksfällen den praktischen Aerzten aufbürden sollte. Eine Verschärfung erhielt diese Resolution durch ein Hofkanzleidecret vom Jahre 1832, indem hier schon auf Strafbestimmungen hingewiesen wird. Wiewohl diese beiden Decrete noch zu Recht bestehen, hat es der permanente Strafgesetzausschuss des österreichischen Abgeordnetenhauses für gut befunden, den Succus dieser Bestimmungen in das eherne Kleid eines Paragraphen zu kleiden, der für ewige Zeiten in das neue Strafgesetz aufgenommen wurde, und zwar als § 467.

Die Bestimmungen dieses Paragraphen, welche den Charakter von Ausnahmebestimmungen für den ärztlichen Stand deutlich an sich tragen, da — mit Ausnahme des Apotheker- und Hebammenstandes — kein einziger Stand mehr mit solchen gesetzlichen Bestimmungen bedacht wurde, bedrücken den ohnehin schon arg belasteten ärztlichen Stand und sind in ihren Grundideen geeignet, ihn vor allen Ständen blosszustellen.

Wir Aerzte, die wir im modernen Geiste der Humanität unseren Pflichten obliegen, zu jeder Zeit, unter allen Umständen, mit Hintansetzung unseres eigenen Wohles und des unserer Familien, unseren Mitmenschen zu Hilfe eilen, wir Aerzte brauchen keine solchen Ausnahmsbestimmungen. In früheren Zeiten wurde der ärztliche Stand oft durch ausnahmsweise Begünstigungen ausgezeichnet. Die Aerzte waren vom Militärdienste befreit, ihre Forderungen bei Verlassenschaftsabhandlungen und Concursen besassen die Priorität, die Aerzte waren von der Erwerbssteuer befreit, vom Geschwornendienste enthoben. Damals konnten Ausnahmsbestimmungen für die Ausübung der ärztlichen Praxis wenigstens mit einem Scheine von Berechtigung bestehen, heute existiren diese Begünstigungen der Aerzte längst nicht mehr, mithin sollten auch die Ausnahmsbedingungen wegfallen. Seit Einführung der allgemeinen Wehrpflicht leisten die Aerzte gleich jedem anderen Staatsbürger ihre Militärdienste; die Priorität ihrer Honorarforderungen wurde längst beseitigt; seit Einführung der neuen Steuergesetze zahlen die Aerzte auch eine Erwerbssteuer und nur die Enthebung vom Geschwornendienste verblieb und dies auch nur wegen der drohenden Collision der Pflichten. Allen Staatsbürgern hinsichtlich der Pflicht gleichgestellt, verlangt daher der ärztliche Stand die allen Staatsbürgern im gleichen Maasse gewährleistete Freiheit des Berufes.

Doch auch von civilrechtlichem Standpunkte sind diese Bestimmungen ganz überflüssig, da, wenn der Fall je eintreten sollte, dass ein Arzt ohne genügenden Grund die ärztliche Hilfe verweigert, im Strafgesetze durch die Paragraphen 335, 356 und 358 genügend vorgesorgt ist. Es ist schon zu wiederholten Malen der Versuch gemacht worden, den ärztlichen Stand von der Anwendung dieser Gesetzesbestimmungen zu befreien. Fast sämmtliche ärztliche Vereine, auch der österreichische Aerztevereinsverband, haben zu wiederholten Malen Resolutionen gefasst und petitionirt, doch ohne Erfolg. Auch die Aerztekammern haben dieser Frage die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt und in dem Promemoria an die hohe Regierung, welches jüngst überreicht wurde, ist die Bitte um Aufhebung der beschämenden Strafbestimmung bezüglich des Berufszwanges ebenfalls enthalten. Weiters wurde am letzten Aerztekammertage der Beschluss gefasst, dass jede Kammer in ihrem eigenen Wirkungskreise um Aufhebung des Berufszwanges petitioniren solle.

Die Kammer acceptirte schliesslich den folgenden, vom Referenten gestellten Antrag: Wenn drei Monate nach Ueberreichung des Promemoria keine oder eine, diese specielle Frage nicht vollkommen lösende Antwort erfolgen sollte, sofort eine Petition an die Regierung um Aufhebung des Berufszwanges zu richten, und zwar um Aufhebung der beiden Hofdecrete und Einführung einer Haftpflicht des Staates, der Stadt und gewisser Corporationen, wie sie seit Jahren bei der Spitalsverpflegung und Armenbehandlung eingeführt ist.

Im Wiener medicinischen Club stellte jüngst Dr. A. Bum einen 37 jährigen, neurasthenische Stigmata zeigenden Mann vor, der mit Hydrops genu intermittens behaftet ist. Seit ungefähr 7 Jahren erfolgt im Intervallen von je 8 Tagen ein Erguss in das rechte Kniegelenk, dasselbe im Verlaufe von 8 Tagen prall füllend und in derselben Zeit absinkend. Die Resorption der Flüssigkeit findet ohne Residuen statt; nach Ablauf eines Anfalles ist das Gelenk ungemein flüssigkeitsarm und bietet das acustische Symptom des Knarrens. Die Behandlung ist, nachdem die bisherige, von anderer Seite geübte locale Therapie fruchtlos geblieben, gegen die Neurose gerichtet und besteht, dem Vorschlage Nicolayson's und Brinken's entsprechend, in der Darreichung von Arsen in der Form von Solutio Fowleri.

Während dieser Fall ohne Muskelatrophie einhergeht, berichtet, im Anschlusse an diese Vorstellung, Docent Dr. Schlesinger über einen Fall seiner Erfahrung, bei welchem sich die Gelenksschwellung (seit 6 Jahren jedes 2. Jahr während der Wintermonate) entwickelt, eine fortschreitende Abmagerung einstellt, welche im November beginnt, ihr Maximum im März erreicht und in der anfallsfreien Zeit wieder verschwindet. Bei diesem Manne dauert der Anfall regelmässig drei Tage, von einer Akme bis zur nächsten ist ein Intervall von 16 Tagen. Im Beginne des Anfalles besteht Harnzwang, so dass der Kranke jede Viertelstunde uriniren muss. Sonst ist absolut keine locale noch constitutionelle Erkrankung nachweisbar. Sch. macht darauf aufmerksam, dass Eiterherde oder sonstige entzündliche Affectionen in der Nähe des Gelenkes solche typische intermittirende Gelenkschwellungen hervorrufen können, deren Intermittenz bisweilen jahrelang andauert. Man solle sich also jedesmal davon überzeugen (Röntgenuntersuchung), dass die Knochen in der Umgebung des Gelenkes nicht verändert sind.

In der Gesellschaft der Aerzte stellte Hofrath Prof. Neumann ein Kind vor, welches mit Geschwüren am Penis und beiderseitiger Leistendrüsenschwellung behaftet ist. Sowohl dieses Kind, als auch ein später aus derselben kleinen Stadt Ungarns nach Wien gebrachtes zweites Kind leidet an tuberculösen Geschwüren, welche seit der Zeit der rituellen Circumcision datiren. Von demselben Beschneider sollen im Verlaufe des Winters schon 6 Kinder erkrankt sein, von welchen eines nach mehreren Monaten starb. Die Geschwürchen sind quergestellt, umgeben ringförmig den ganzen Penis, sind zumeist bohnengross, mit unterminirten oder wie angenagten Rändern und eitrigem Belage. An der Unterseite reichen die Geschwürchen bis an das Scrotum; die Drüsen in inguine sind bis kleinapfelgross, teigig-weich. Die histologische Untersuchung einer exstirpirten Lymphdrüse ergab die Diagnose: Tuberculose.

Professor N. erwähnt die in der Literatur verzeichneten Fälle dieser Art, differencirt sie von den ihnen ähnlichen Fällen der Syphilisinfection und bespricht weitere Fälle von Uebertragung der Tuberculose in dieser Weise, die man gemeinhin als Impftuberculose bezeichnen kann. Bei uns in Oesterreich resp. in Wien wird die rituelle Operation jetzt bloss von Aerzten unter strenger Asepsis und rationeller Blutstillung vorgenommen, daher Fälle von Infection hiebei fast gar nicht mehr beobachtet werden.

Sodann zeigte Dr. Halban ein 5 Monate altes Kind, bei welchem er eine Spina bifida sacralis durch eine osteoplastische Operation beseitigt hat. Die kleinapfelgrosse Meningocele war von einer so verdünnten Haut bedeckt, dass ein Durchbruch spontan eintrat; der Knochendefect im Kreuzbeine, durch welchen der

Rückenmarksstrang austrat, war etwa so gross wie ein Zwanzighellerstück. Halban eröffnete den Bruchsack, schnitt die im Sacke befindliche, nicht reponirbare Cauda equina weg, versenkte den Rückenmarksstrang und vernähte darüber die Meningen. Den Knochendefect deckte H. so, dass er mit einem feinen Meissel von den beiden seitlichen Rändern des Defectes je einen etwa 1 cm breiten Periostknochenlappen bildete, dieselben mobilisirte, gegen die Mitte vorschob und durch Nähte vereinigte. Darüber wurde die Haut geschlossen. Heilung per primam. Der Erfolg ist ein guter. Es besteht keine Geschwulst, der Kreuzbeindefect ist allenthalben knöchern gedeckt. Dagegen besteht weiter die (schon früher bestandene) Inactivität der Sprunggelenke und eine Herabsetzung der Sensibilität an den unteren Extremitäten. Ein Prolaps der Analgegend ist geschwunden, ein Hydrocephalus ist nicht aufgetreten, das Kind ist sonst gut entwickelt.

Halban citirt die einschlägigen Beobachtungen und die hiebei in Anwendung gebrachten osteoplastischen Operationen und führt aus, dass sein Verfahren das mindest eingreifende sei; auch sei bisher noch nicht in so jugendlichem Alter des Kindes operirt worden. Hätte er nicht operirt, so wäre das Kind wohl einer Infection erlegen.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 3. Januar 1899.

Die Schilddrüsentherapie bei rheumatischen Affectionen und bei Arteriosklerose.

Lancereaux und Paulesco haben Schilddrüsenextract in Form des Baumann'schen Jodothyrins in mehreren Fällen von chronischem Rheumatismus oder von Gicht, welche sich durch Arteriosklerose, vasomotorische und trophische Störungen der Extremitäten, Sklerodermie u. s. w. manifestirten und zuweilen auch unter dem Namen Arthritismus und Herpetismus geführt werden, behandelt und bemerkenswerthe Resultate erzielt. Von den 4 vorgestellten Fällen betrafen 2 Frauen mit Sklerodermie; der erste sehr ausgeprägte Fall derselben war nach 4monatlicher Behandlung beinahe völlig, der zweite weniger vollkommen geheilt. Die zwei anderen Fälle betrafen einen 86-, resp. 41jährigen Mann mit Arteriosklerose, beträchtlicher Zunahme der arteriellen Spannung, Herzhypertrophie und Nierensklerose (Albuminurie); nach 2monatlicher Behandlung mit Jodothyrin waren die Gelenkschmerzen, die Osteophyten und die trophischen Nagelaffectionen beinahe verschwunden, resp. die arterielle Spannung, die Polyurie und Albuminurie bedeutend vermindert. Die beiden Berichterstatter hoffen sogar bei diesen Patienten baldige völlige Wiederherstellung von einem Leiden, gegen welches bis jetzt kein sicheres Mittel bekannt war, ebenso bei mehreren anderen mit Arteriosklerose behafteten und derselben Behandlung unterworfenen Kranken.

Sitzung vom 10. und 17. Januar 1899.

Ueber die Pest und Schiffsepidemien; Schutzmaassregeln Europas.

Proust bespricht in längerem Vortrage die geographische Verbreitung, welche gegenwärtig die Pest in Asien und in Afrika besitzt und die Gefahren, welche bei weiterer Zunahme der Epidemie Europa bedrohen. Ausführlich werden die Epidemien, resp. einzelnen Fälle, hervorgehoben, welche in den letzten Zeiten auf (vier) englischen Schiffen ausgebrochen, theils sogar nach Plymouth und London verschleppt worden waren, aber durch energische Maassregeln der Isolirung u. s. w. vereinzelt für Europa geblieben sind.

Das Ergebniss seiner Studien fasst Pr. schliesslich in folgenden Thesen, zu welchen er die Zustimmung der Akademie erbittet, zusammen:

1. Die Pest herrscht noch immer in hohem Grade in Englisch-Indien, besonders in Bombay, neue Herde sind in China und in Madagaskar ausgebrochen.

2. Es ist von grossem öffentlichen Interesse, die verschiedenen, schon getroffenen Vorsichtsmaassregeln zu verbessern und zu vervollständigen, um die Einschleppung der Pest in Europa zu verhindern.

3. Die Sanitätsmaassregeln müssen an den verschiedenen Ländergrenzen und auf den Seewegen getroffen werden.

4. Das jüngste Erscheinen der Pest in Turkestan muss für Europa der Gegenstand strengster Aufmerksamkeit sein. Ohne Zweifel bilden die wenig bewohnten und weit ausgedehnten Landflächen ein günstiges Vertheidigungsmittel, aber die transkaspische Eisenbahn und die Dampfschifffahrt auf dem kaspischen Meere können andererseits eine gewaltige Verbreitung der Epidemie bewirken, wie die Choleraepidemie vom Jahre 1892 beweist, welche von Turkestan ausging, Transkaukasien ergriffen hat und schliesslich nach Hamburg gelangt ist. Immerhin ist zu hoffen, dass es der russischen Regierung gelingen wird, die Epidemie auf ihren ersten Herd zu beschränken, wie jene von Wetlajanka im Jahre 1878 an den Ufern der Wolga.

5. Die Aufmerksamkeit Europas muss auch auf den persischen Golf gerichtet sein, wo gegenwärtig gar kein Schutz vorhanden ist trotz der Nähe verseuchter Gegenden von Indien, Bombay, Karachi. Tritt die Pest über den persischen Golf hinaus, so sind das Mittelmeer und Europa bald bedroht. Es muss also in möglichster Bälde der persische Golf mit Schutzmaassregeln bedacht werden, ebenso wie

6. diejenigen am rothen Meere verbessert werden müssen. Die Vorschriften der Conferenz von Venedig werden nicht in genügender Weise ausgeführt. Die Beobachtungsquarantäne, welche das einzige Schutzmittel war, wurde um den Preis der medicinischen Visite in Suez aufgegeben und von der Art, wie diese letztere gehandhabt wird, hängt allein der Schutz Egyptens und Europas ab. Es sollten dazu völlig competente Persönlichkeiten berufen werden, zumal wiederholt Unterlassungen und falsche Erklärungen von Seite der Schiffsärzte und Capitäne constatirt worden sind. Die Sanitätsstation der Mosesquelle (Port Ibrahim) sollte völlig isolirt und dort ein Sanitätsdienst in Bezug auf Nahrungsmitteln, Ueberwachung und Desinfection errichtet werden. Ein Quarantänearzt sollte alle von Bombay kommenden Schiffe, welche nicht 10 Tage Quarantäne eingehalten haben, untersuchen, um zu constatiren, ob Alles an Bord vor der Einfahrt in das Mittelmeer wohl ist. Schliesslich werden mehrere kleine Lazarethe in Port-Said eingerichtet, um alle während der Durchfahrt als pestkrank Erklärten aufzunehmen. Herrscht an Bord eines Schiffes eine Pestepidemie, so muss man sobald wie möglich die Kranken an der Sanitätsstation absetzen, die übrigen Personen müssen sich eifrig an die Vernichtung der Ratten machen und eine völlige Desinfection des Schiffes veranstalten. Zur Erfüllung all' dieser Forderungen ist, so schliesst Proust, keine neue Conferenz nothwendig, sondern es genügt, die Beschlüsse der früheren (Venedig, Dresden, Paris) wirklich genauestens zu befolgen.

Zur Magenchirurgie.

Doyen beschreibt seine zahlreichen Fälle von Magenchirurgie, welche er in 3 Kategorien eintheilt: 1. Gastroduodenostomie mit transversaler Resection des Pylorus (bei einfacher Pylorusstenose und spastischer Contraction des Pylorus); 2. Gastroenterostomie mit einer neuen «anastomotischen» Schnürnaht, welche entschiedene Vortheile vor dem Murphyknopf haben soll; 3. Pylorectomie mit Gastroenterostomie (nach Zerstörung des Tumors z. B.) und Massenligatur von Magen und Darm. Doyen gibt seinen Operirten am Tage der Operation schon Nahrung und führt darauf seine guten Resultate zurück.

Lejars berichtet über eine Gastrotomie wegen Fremdkörpers (6 zusammengeklebte und adhaerente Geldstücke von je ca. 10 Pfennigstückgrösse) am unteren Theil des Oesophagus; völlige Heilung.

Société de Therapeutique.

Sitzung vom 11. Januar 1899.

Anaesthesie mit Chloraethylcocain.

Um die bei prädisponirten Personen vorkommenden Zufälle mit Cocain zu vermeiden, versuchte Bardet auf andere, als die bisherige Weise, dasselbe zu gebrauchen und zwar in Combination mit Chloraethyl. Man kann bei einer 2—4 proc. Mischung des Chloraethyls mit Cocain, sei es durch Zerstäubung oder durch Tränkung eines Tampons mit dem Mittel und Auflegung desselben auf das Zahnfleisch z. B. völlige Anaesthesie erzielen, die absolut gefahrlos ist und genügend lange dauert, um einen Zahn zu extrahiren oder auch einen Abscess zu eröffnen. Das Chloraethyl wirkt in ganz besonderer Weise, indem es die Penetration des Cocains in die Gewebe ermöglicht: Durch seine Zerstäubung lässt das Chloraethyl an den oberflächlichen Hautschichten einen Cocainniederschlag, welcher direct die oberflächlichen Nervenendigungen beeinflusst. Das Chloraethylcocain übt also keine tiefere Gewebswirkung aus und bleibt für kurzdauernde Operationen an oberflächlichen Geweben reservirt.

Bolognesi und Touchard haben seit einem Jahre diese Methode angewandt und rühmen vor Allem die rasch, in höchstens 5—6 Minuten eintretende Anaesthesie; man kann damit alle in der Mundhöhle vorkommenden kleinen Operationen, wie Zahnextraction, Eröffnung von Abscessen, Excision der Epulis oder von Schleimhauttheilen ausführen. Ferner bewährte sich die Chloraethylcocain-Anaesthesie bei anderen chirurgischen Eingriffen, wie Analdilatation bei Haemorrhoiden oder Fissur, Kauterisation von Vegetationen, Eröffnung von Bartholinitis und Excision derselben, bei allen Hautabscessen. Diese Combination ermöglicht eine tiefere und rascher eintretende Anaesthesie wie das Chloraethyl allein; Eucain, dem letzteren in gleicher Weise zugefügt wie das Cocain, gab nicht so günstige Resultate.

Ueber die Behandlung mit Kreosot.

Burlureaux verliest einen Bericht, worin er langjährige Erfahrungen und frühere Publicationen über seine Methode zusammenfasst. Dieselbe besteht darin, unter die Haut äusserst langsam

möglichst grosse Quantitäten von Kreosotöl in der Concentration von 7 : 14 oder in geringerer Concentration zu injiciren; es gelang so in einer Sitzung bis zu 410 g Kreosotöl zu injiciren. Die langsame Injection schützt absolut vor den Gefahren der Lungenembolie, die anzuwendende Dosis ist verschieden je nach der Toleranz des Patienten, sie wechselt von eingm Gramm bis mehreren Gramm, viele Tuberculöse ertragen jedoch Dosen von 6—12 g Wochen und Monate hindurch. Bei manchen Kranken erzeugt das Kreosot sehr schwere Zufälle, welche jedoch B. nicht auf medicamentöse Intoleranz, sondern auf den Allgemeinzustand des Kranken zurückführt. Wenn derselbe sehr erschöpft, von Fieber bedroht, kurz der Kachexie nahe ist, so wird er das Kreosot nicht mehr ertragen und die grösste Vorsicht ist geboten, man darf dann nur ganz kleine Dosen, einige Centigramm, anwenden und muss bei dem geringsten Zeichen von Intoleranz ganz damit aufhören. Wenn im Verlaufe einer Behandlung die Toleranz geringer wird, so kann man sicher sein, dass eine Complication oder Verschlimmerung der Krankheit eingetreten ist; das Kreosot bilde demnach ein sehr gewichtiges prognostisches Mittel. Eine Summe von Beobachtungen führten B. bezüglich der Wirkungsart des Kreosots zu der Ansicht, dass dasselbe mit grosser Wahrscheinlichkeit speciell das nervöse Centralsystem beeinflusst, aber keineswegs direct auf den Tuberkelbacillus oder dessen Vermehrung einwirkt. Bei der Tuberculose mit torpidem Verlauf leistet das Kreosot treffliche Resultate und um so ausgeprägter, je länger und in je grösserer Dosis das Mittel genommen wird; die Erfolge sind dabei ebenso gut wie in dem bestgeleiteten Sanatorium. Bei tuberculöser Pleuritis, Peritonitis thut das Kreosot Wunder, um die Resorption des Exsudats zu beschleunigen. Bei gewissen Fällen von Hoden- und Knochentuberculose, welche den kühnsten chirurgischen Eingriffen getrotzt haben, gibt eine intensive Kreosotbehandlung unerwartete Erfolge. Auch bei Haemoptysen finden sich die chronisch Tuberculösen sehr wohl mit hohen Dosen Kreosot, welches B. entgegen der herrschenden Ansicht für das beste Haemostaticum ansieht. Schliesslich wirkt dasselbe nicht nur als dynamogenes Mittel, sondern auch modificirend auf das Epithel (Balsamicum), wie schon Brown-Séquard die Analogie der Kreosot- und Hodensaftwirkung hervorhob. Das Kreosot sollte also in dieser letzten Eigenschaft bei allen Fällen angewendet werden, wo es sich darum handelt, eine abnorme Secretion zum Stillstand zu bringen (Bronchorrhoe, tuberculöse Bronchitis, Pleuritis, Peritonitis, Stomatitis mercurialis, Nephritis mit Albuminurie u. s. w.), in seiner ersten Eigenschaft jedesmal, wenn es gilt, einen erschöpften Organismus zu stärken oder dessen Verfall aufzuhalten (Tuberculose, Neurasthenie, Malariakachexie, chronische Diarrhoe u. s. w.). Gegenindication besteht jedoch immer 1. wenn der organische Zerfall unheilbar (tuberculöse Kachexie, Addison'sche Krankheit) und 2. bei schweren fieberhaften Zuständen. In letzteren Fällen sollte es nur mit äusserster Vorsicht angewendet werden, B. hält es aber für noch nicht erwiesen, dass das Mittel nicht auch bei fiebernden Schwerkranken in der eben ertragenen Dosis eine dynamogene, therapeutisch verwerthbare Wirkung hat.

Société de Dermatologie et Syphiligraphie.

Sitzung vom 12. Januar 1899.

Ueber die durch die Röntgenstrahlen verursachten Hauterscheinungen.

Balzer und Mousseaux berichten über einen Kranken, welcher ein Jahr lang jeden Tag den Röntgenstrahlen ausgesetzt war; die Erscheinungen, welche jetzt an der Haut bestehen, haben vor etwa 5 Monaten begonnen und betreffen fast ausschliesslich die am meisten exponirte rechte Seite. Rechte Hand ist geschwollen, oedematös und ebenso wie äussere und hintere Fläche des Vorderarms, Hals, Wange, Lippen rechterseits mit einem stark juckenden, nässenden Ekzem, theilweise schuppend, bedeckt; die Nägel waren abgefallen und sind wieder gewachsen, zeigen aber eigenthümliche Deformation. Die Haare des Kopfes sind im Umkreis eines Handtellers an der rechten Parietalgegend gänzlich ausgefallen, im Uebrigen spärlich und leicht ausziehbar; Wimpern, Augenbrauen, Bart und Schnurbart der rechten Seite sind völlig verschwunden, ausserdem am rechten Auge Conjunctivitis und sehr verminderte Sehkraft. Diesen chronischen, gleichsam professionellen Störungen stehen gegenüber die acuten, wie Erythem, Blasen- und Schorfbildung, welche man nach einer kurzen Zahl von Sitzungen beobachtet. Die beiden Untersucher glauben, dass es sich da um trophische Störungen in Folge Wirkung der X-Strahlen handelt und nicht um einfachen localen Einfluss auf Haut und Oberhaut.

Barthélemy konnte 53 Fälle von Dermatosen in Folge von Röntgenstrahlen beobachten; dieselben sind sehr variabel und ausser den schon erwähnten sah er Blasen- und Schorfbildung in grosser Entfernung von der Applicationsstelle. Bezüglich der Behandlung der Hypertrichosis muss man mit der Prognose sehr vorsichtig sein, die Haare fallen zwar nach 3—4 Sitzungen schon aus, wenn man die Ampulle 15—20 cm von der betreffenden Stelle entfernt hält und die Umgebung entsprechend schützt, aber nach 2 Monaten im Durchschnitt kommen die Haare alle wieder.

Darien hebt hervor, dass man ebenso wenig mit Sicherheit auf das Wiederwachsen der Haare rechnen kann, wie die Alopecie nicht stets erreicht wird.

Im Laufe der weiteren Debatten drückt Sottas die Ueberzeugung aus, dass man mit den geeigneten Isolirmitteln zweifellos alle Hauptzufälle vermeiden kann; Brocq verhält sich sehr skeptisch gegenüber den von der Wiener Schule angeblich mit den Röntgenstrahlen erzielten Heilresultaten; so sah er einen Fall von Hypertrichose und Seborrhoe, welcher nach 17 Sitzungen keineswegs geheilt war, sondern ganz verzweifelt aussah, trotzdem war von dem Wiener Collegen Heilung nach 2 neuen Sitzungen versprochen worden.

Verbindung des Orthoforms mit Calomel.

Danlos setzt bei den Injectionen mit Calomel, um deren Schmerzhaftigkeit zu lindern, Orthoform zu in folgender Formel:

Paraffin. liquid.	1,0
Kalomelan.	0,05
Orthoform.	0,08

Die Resultate waren befriedigend; da das Orthoform nicht toxisch ist, so kann man dessen Dosis nach Belieben vermehren. Es hat auch noch den weiteren Vortheil, dass die Fixirung des Kalomels an der Wand der Flaschen verhindert und so die Lösung weniger veränderlich wird. Morel-Lavallée erklärt, durch Zusatz von 0,015 Cocain zu Kalomel dasselbe gute Resultat erzielt zu haben; Besnier möchte aber dem Orthoform wegen dessen vollkommener Unschädlichkeit den Vorzug geben.

Jullien empfiehlt eingehend die Anwendung blauer Augengläser von Kobalt bei Syphilis, um noch nicht ganz verschwundene Hauteruptionen (Roseola) zu erkennen; nach Monaten und Jahren kann man die letzteren zuweilen noch erkennen, was die Fortsetzung der Therapie zur Pflicht macht. Auch zur Differentialdiagnose und in der gerichtlichen Medicin kann dieses Mittel grosse Dienste leisten, wie es sich J. seit 1895 schon trefflich bewährt hat. Wichtig ist, eine allzu intensive Beleuchtung zu vermeiden und sich zu erinnern, dass das ganze Gesichtsfeld gleichmässig blau und nur Unterschiede in der Intensität dieser Farbe vorhanden sind. St.

Verschiedenes.

Vergiftung durch Paraffinum liquidum. Dougall berichtet im Medical Chronicle vom September 1898 einen Fall, in welchem ein 18 Monate altes Kind eine kleine Menge Paraffinöl verschluckte. Erbrechen trat nicht ein, dagegen starker Hustenreiz, Bewusstlosigkeit, Convulsionen, Cyanose und Gliederstarre. Allmählich wurde die Respiration verlangsamt und oberflächlich, während Herzaction und Pupillenreaction längere Zeit noch normal blieb. Trotz künstlicher Athmung, Magenspülung u. s. w. trat Exitus ein. Die Section ergab entzündliche Röthung des Oesophagus, die Magenschleimhaut war blass und mit zähem, mit Oeltropfen vermischtem Schleim bedeckt. F. L.

Zur Prüfung des Formalins. Nach Vitali eignet sich Phenylhydrazin am besten als Reagens zur Prüfung auf Formalin. Eine Mischung der Beiden ergibt milchige Trübung bis zur Absetzung eines gelblichen Niederschlags. In concentrirten Lösungen tritt diese Reaction sofort auf. In Lösungen von 1% Stärke tritt dieselbe nach einigen Secunden, bei 1‰ binnen einer Minute, 1‱ in 5 Minuten, in einer Verdünnung von 1 : 100 000 erst nach 2—3 Stunden ein. F. L.

Therapeutische Notizen.

Gesprungene Hände. Comby empfiehlt hiefür die alle Abend und Morgens erfolgende Anwendung von:

Rp.	Menthol.	1,0
	Salol.	2,0
	Ol. olivar.	10,0
	Lanolin.	30,0
	m. f. ugt.	

(Nouveaux Remèdes, November.) F. L.

Handschweiss. Nach einer Angabe aus Nouveaux Remèdes gibt eine 3 mal täglich vorzunehmende Einreibung mit einer Mischung von:

Rp.	Natr. biborac.	
	Acid. salicyl. āā	7,5
	Acid. boric.	2,5
	Glycerin.	25,0
	Spirit. dilut. ad	50,0

bei profusem Handschweiss die besten Resultate. F. L.

Behandlung der Kinderdiarrhöen mit Dermatol und Wasserdiät. Poix-du Mans empfiehlt, den Säugling strenge auf letztere Diät zu setzen, d. h. statt der Milch zweistündlich 100—150 g gekochten Wassers zu geben. Daneben ist 1 g Dermatol pro Tag für Kinder bis zu 6 Monaten und 2 g des Mittels und eventuell mehr für über 6 Monate alte Kinder zu verabreichen; z. B. 1 g Dermatol auf 100,0 gummöser Lösung, davon stündlich 1 Kaffeelöffel. Bei besonders schweren Fällen sind subcutane Injectionen künstlichen Serums und heisse Bäder von circa 35° anzuwenden. (Annales de médecine et chirurgie infantiles, 1. Januar 1899.) St.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 14. Februar. Der Geschäftsausschuss des deutschen Aerztevereinsbundes hat eine Petition an den Reichstag gerichtet, in welcher der Reichstag ersucht wird, das Krankenversicherungsgesetz in dem Sinne zu ändern, dass «bei den Krankencassen gesetzlich der Grundsatz der freien Arztwahl eingeführt und hierdurch die willkürliche Zulassung «bestimmter» Aerzte und die Ausschliessung zahlloser Anderer aufgehoben werde». — Dieser Schritt des Geschäftsausschusses, der damit rückhaltlos für das Princip der freien Arztwahl eintritt, ist gewiss erfreulich. Eine Besserung der wirthschaftlichen Lage des ärztlichen Standes wird die allgemeine Einführung der freien Arztwahl aber nur dann herbeiführen, wenn eine wesentliche Erhöhung der Bezahlung der ärztlichen Leistung unter der freien Arztwahl eintritt. Eine Verbesserung der Qualität der ärztlichen Leistung, wie sie die freie Arztwahl bedingt, ohne entsprechende Mehrleistung seitens der Krankencassen, käme einer weiteren Verschlechterung der Entlohnung der ärztlichen Arbeit gleich. Es wird gut sein, daran von Anfang an zu erinnern, wenn der Versuch zur allgemeinen Einführung der freien Arztwahl gemacht wird.

— Das wiederholte Vorkommen von Milzbranderkrankungen bei Arbeitern in Bürsten- und Pinselfabriken liess es nothwendig erscheinen, besondere Vorsichtsmaassregeln zu treffen. Bisher bestanden nur an einzelnen Orten, z. B. in Nürnberg und Kitzingen ortspolizeiliche Vorschriften. Nunmehr wurden durch Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 28. Januar 1899 (Reichsgesetzblatt S. 5) einheitliche Vorschriften über die Einrichtung und den Betrieb der Rosshaarspinnereien, Haar- und Borstenzurichtereien, sowie der Bürsten- und Pinselmachereien erlassen. Nach derselben müssen die aus dem Auslande stammenden Pferde- und Rinderhaare, Schweinsborsten und Schweinswolle vor der Bearbeitung in dem betreffenden Betriebe desinficirt werden. Die Desinfection muss nach Wahl des Betriebsunternehmers durch mindestens einhalbstündige Einwirkung strömenden Wasserdampfes bei einem Ueberdrucke von 0,15 Atmosphären, durch mindestens einviertelstündiges Kochen in 2proc. Kaliumpermanganatlösung mit nachfolgendem Bleichen mittels 3 bis 4proc. schwefeliger Säure, oder durch mindestens zweistündiges Kochen in Wasser erfolgen. Durch den Reichskanzler können auch noch andere Desinfectionsverfahren zugelassen werden. Die Vornahme der Desinfection kann in einer öffentlichen Desinfectionsanstalt angeordnet werden. Wurde das Material in vorschriftsmässig desinficirtem Zustande bezogen und gesondert aufbewahrt oder werden die weissen Borsten einem Bleichverfahren unterworfen, so bedarf es keiner Desinfection. Ausnahmen vom Desinfectionszwange können für solche Materialien zugelassen werden, welche bei dem vorgeschriebenen Desinfectionsverfahren einer erheblichen Beschädigung ausgesetzt sind. Zur Ausführung der Desinfection und der zulässigen Vorarbeiten, sowie zur Bearbeitung nicht desinficirter Stoffe dürfen jugendliche Arbeiter nicht verwendet werden; der Arbeitgeber hat darauf zu halten, dass Arbeiter mit wunden Hautstellen, insbesondere an Hals, Gesicht und Händen, bei den gleichen Arbeiten nicht verwendet werden. Ausserdem enthält die Bekanntmachung des Reichskanzlers hygienische Vorschriften über Beschaffenheit, Einrichtung, Reinigung und Lüftung der Arbeitsräume, Beschaffung von Arbeitsanzügen, Verabreichung von Bädern und Bereitstellung eines Wasch-, Ankleide- und Speiseraumes. Die vorstehenden Bestimmungen treten mit dem 1. Juli 1899 in Kraft, soweit nicht für einzelne Theile des Reichsgebietes ein früherer Termin bestimmt wird.

— In der 4. Jahreswoche, vom 22. bis 28. Januar 1899 hatten von deutschen Städten über 40,000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Bonn mit 35,8, die geringste Charlottenburg mit 10,6 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Diphtherie und Croup in Bamberg und Fürth.

— Vom «Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office, United States Army» ist der dritte Band der 2. Serie erschienen, umfassend den Buchstaben C. Der Band enthält 11,112 Autorentitel, 10,636 Büchertitel und 34,314 Titel von Journalartikeln. Die Bibliothek der Medicinalabtheilung des Kriegsministeriums in Washington enthält jetzt 127,938 gebundene Bücher und 216,839 Broschüren.

(Hochschulnachrichten.) **Breslau.** Der Privatdocent Dr. W. Kümmel ist zum ausserordentlichen Professor für Ohren- und Kehlkopfleiden ernannt worden. — **Halle a. S.** Die Klinicisten haben bei der Facultät beantragt, dass keine Dame zum Prakticiren zugelassen werde. Als Gründe wurden u. A. geltend gemacht: dass das Krankenmaterial geschmälert werde, dass Damen prakticiren, ohne das Physikum gemacht zu haben (trifft nur für eine zu, die aber das schweizerische Physikum gemacht hat); dass das Krankenmaterial dadurch vermindert würde, dass Kranke mit diskreten Krankheiten nicht vorgestellt würden. Die Minderheit gegen diesen Antrag betrug kaum $^1/_6$—$^1/_7$ aller Klinicisten. — **Leipzig.** Der Assistent am anatomischen Institut, Privatdocent Dr. Hans Held, wurde zum ausserordentlichen Professor befördert. — **Rostock.** Prof. Garrè ist als Nachfolger des kürzlich verstorbenen Prof. A. Socin zum Director der chirurgischen Klinik nach Basel berufen.

Dorpat. Der ausserordentliche Professor der vergleichenden Anatomie, Histologie und Embryologie, Staatsrath Dr. Czermak, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden. — **Dundee.** Dr. C. R. Marshall wurde zum Professor der Materia medica ernannt. — **Florenz.** Habilitirt: Dr. C. Baduel für medicinische Pathologie. — **Graz.** Dr. W. Prausnitz, bisher ausserordentlicher Professor der Hygiene, wurde zum ordentlichen Professor ernannt. — **Krakau.** Der ausserordentliche Professor Dr. Odo Bujwid wurde zum ordentlichen Professor der Hygiene ernannt. — **Prag.** Habilitirt: Dr. Knapp, I. Assistent der Klinik des Prof. v. Rosthorn, für Geburtshilfe und Gynäkologie.

(Todesfall.) In Prag starb am 5. ds. Mts. der Professor der gerichtlichen Medicin an der deutschen medicinischen Facultät Hofrath Dr. Josef v. Maschka im Alter von 79 Jahren. Er war seit 1858 Ordinarius für gerichtliche Medicin in Prag; 1891 trat er in den Ruhestand. Er veröffentlichte u. a. ein vierbändiges Lehrbuch der gerichtlichen Medicin und eine ebenfalls 4 Bände umfassende Sammlung gerichtsärztlicher Gutachten.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassungen: Dr. Ernst Praetorius, appr. 1897; Dr. Otto Märkel, appr. 1893, Specialist für Magen- und Verdauungskrankheiten, beide in München.

Enthoben: Der Landgerichtsarzt, ausserordentliche Universitätsprofessor, Hofrath Dr. Johannes Andreas Rosenberger wurde seiner Bitte entsprechend von der Landgerichtsarztsstelle in Würzburg enthoben.

Gestorben: Dr. Max Hönigsberger, in München, 42 Jahre alt.

Correspondenz.

Operation und Körperverletzung.

Eine Anzahl operirender Aerzte in Freiburg i. B. richtet an uns das Ersuchen, im Hinblick auf den Fall Ihle die Erörterung der Frage in diesem Blatte veranlassen zu wollen, ob eine von einem Arzte bona fide ausgeführte Operation als strafbare Körperverletzung zu ahnden sei.

Wir halten eine weitere Discussion dieser Frage kaum für nöthig. Vom ärztlichen Standpunkte ist sie selbstverständlich zu verneinen. Aber auch von juristischer Seite ist sie gerade im Falle Ihle verneint worden. Allerdings hat das Dresdener Oberlandesgericht die Operation des Dr. Ihle als eine «absichtliche und widerrechtliche Körperverletzung» bezeichnet; dagegen hat der Staatsanwalt, dem nach dieser Auffassung des Oberlandesgerichts der Fall naturgemäss übergeben werden musste, das Vorliegen einer Körperverletzung nicht angenommen; denn er hat, wie schon in voriger Nummer mitgetheilt, nach Kenntnissnahme des Acteninhaltes dahin entschieden, dass eine Strafverfolgung gegen Ihle nicht zu eröffnen sei und dass die Sache auf sich zu beruhen habe. Auch Professor Dr. Heimberger in Strassburg, der den Fall Ihle in einem längeren Artikel unter dem Titel: «Chirurgische Operation und strafbare Körperverletzung» in Nr. 53 der Münch. Neueste Nachr. juristisch bespricht, gelangt zu einer Verneinung der aufgeworfenen Frage. Wir empfehlen den Freiburger Collegen die Lectüre dieses sehr interessanten Artikels, sind im Uebrigen aber gerne bereit, weitere Beiträge zu der Frage entgegen zu nehmen.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 4. Jahreswoche vom 29. Januar bis 4. Februar 1899.

Betheil. Aerzte 426. — Brechdurchfall 14 (9*), Diphtherie Croup 31 (22), Erysipelas 14 (20), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (1), Kindbettfieber 1 (3), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbili 8 (2), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 2 (5), Parotitis epidem. 8 (10), Pneumonia crouposa 18 (19), Pyaemie, Septicaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 25 (25), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 10 (7), Tussis convulsiva 38 (46), Typhus abdominalis 2 (4), Varicellen 28 (33), Variola, Variolois — (—). Summa 199 (207).

Kgl. Bezirksarzt Dr. Müller.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 4. Jahreswoche vom 29. Januar bis 4. Februar 1899.

Bevölkerungszahl: 430000.

Todesursachen: Masern — (—*), Scharlach — (—), Diphtherie und Croup 5 (3), Rothlauf — (1), Kindbettfieber 2 (1), Blutvergiftung (Pyaemie) — (—), Brechdurchfall 1 (—), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten 1 (5), Croupöse Lungenentzündung 1 (1), Tuberculose a) der Lungen 28 (22), b) der übrigen Organe 2 (5), Acuter Gelenkrheumatismus — (1), andere übertragbare Krankheiten 3 (—), Unglücksfälle — (3), Selbstmord 1 (1), Tod durch fremde Hand 1 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 189 (172), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 22,1 (20,1), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 14,7 (12,5).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Entwurf eines Gesetzes, betreffend die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Cassen der Aerztekammern.

Begründung.*)

Durch die Allerhöchste Verordnung, betreffend die Einrichtung einer ärztlichen Standesvertretung, vom 25. Mai 1887 (Gesetzsamml. S. 169) ist für den Preussischen Staat eine ähnliche Organisation des ärztlichen Standes geschaffen worden, wie sie im Deutschen Reiche den Rechtsanwälten durch die Rechtsanwaltsordnung vom 1. Juli 1878 (Reichs-Gesetzblatt S. 177) gegeben ist.

Die Organe des ärztlichen Standes in Preussen, die 12 Aerztekammern, haben während der nunmehr elfjährigen Dauer ihres Bestehens in vielfachen Beziehungen eine anregende und nutzbringende Thätigkeit entwickelt. Eine ähnliche Wirksamkeit für den ärztlichen Stand auszuüben, wie sie den Standesorganen der deutschen Rechtsanwälte in Bezug auf ihre Berufsgenossen durch die Vorschriften der deutschen Rechtsanwaltsordnung über das ehrengerichtliche Verfahren (§§ 62 ff. d. R. A. O.) und ihr Umlagerecht für Standesbedürfnisse (§ 48 No. 2 R. A. O.) ermöglicht wird, blieb den Aerztekammern jedoch bisher versagt.

Allerdings ist im § 5 der Verordnung vom 25. Mai 1887 ihren Vorständen die Befugniss beigelegt,

> «Aerzten, welche die Pflichten ihres Berufes in erheblicher Weise oder wiederholt verletzt oder sich durch ihr Verhalten der Achtung, welche ihr Beruf erfordert, unwürdig gezeigt haben, das Wahlrecht und die Wählbarkeit zur Aerztekammer dauernd oder auf Zeit zu entziehen.»

Aber diese Bestimmung begründet keineswegs ehrengerichtliche Befugnisse. Sie sollen vielmehr nur die thatsächliche Möglichkeit gewähren, unwürdige Mitglieder des ärztlichen Standes von der Ausübung wichtiger Ehrenrechte und der Theilnahme an der Standesorganisation fernzuhalten.

Trotz dieser engen Grenzen des § 5 haben sich die Vorstände der Aerztekammern in den ersten zehn Jahren ihres Bestehens in 265 Fällen mit Anträgen auf zeitweilige oder dauernde Entziehung des Wahlrechts zu beschäftigen gehabt. Davon ist in 45 Fällen die Entscheidung im Sinne des § 5 getroffen worden, indem in 16 Fällen dauernd, in 7 Fällen auf je 5 bis 15 Jahren, in 22 Fällen je auf 3 Jahre das Wahlrecht entzogen wurde. In 32 Fällen wurde eine Verwarnung ausgesprochen, in 160 Fällen erfolgte die Ablehnung der gestellten Anträge, darunter vielfach mit der Begründung, dass die Entscheidung unmöglich sei, weil sie sich im Rahmen des § 5 nicht treffen lasse.

Schon aus dieser statistischen Zusammenstellung geht hervor, dass erhebliches Bedürfniss vorhanden ist, den ärztlichen Standesorganen die Möglichkeit zu geben, in wirksamer und je nach dem Grade der Verschuldung abgestufter Weise auf Standesgenossen, welche die ärztliche Standeslehre oder die Pflichten ihres Berufs verletzt haben, einwirken und nöthigenfalls entsprechende Strafen verhängen zu können.

Der Wunsch nach Erfüllung dieses Bedürfnisses ist seit länger als 50 Jahren aus den ärztlichen Kreisen Preussens mit wachsender Dringlichkeit zum Ausdruck gebracht worden.

Bereits im Jahre 1842 wurde in einer von dem ärztlichen Verein zu Köln herausgegebenen Schrift über «die Medicinalverfassung Preussens» gesagt:

> «Massregeln zur Aufrechterhaltung der Moralität des Standes können nur in einem Disciplinarrathe bestehen, wie ihn der Stand der Advokaten schon seit lange besitzt. Alle Einwürfe aus der Unzulänglichkeit dieses Instituts können die Ueberzeugung nicht erschüttern, dass gleichwohl der Mitwirkung desselben der Advokatenstand Vieles zu verdanken hat und dass auch die Aerzte von seiner Einführung nur Gutes sich versprechen dürfen.»

Auch bei den in den Jahren 1848 und 1849 gepflogenen Berathungen über Reform der Preussischen Medicinalverfassung wurden Vorschläge nach gleicher Richtung laut.

So heisst es in den Anträgen des Vereins von Aerzten Niederschlesiens und der Lausitz vom 24. October 1848:

> § 29. «Der Arzt soll sich hüten, die materiellen Interessen seines Collegen sowie dessen bürgerliche und wissenschaftliche Ehre zu gefährden. Die Versäumung dieses von der Humanität gebotenen Grundsatzes hat Vieles dazu beigetragen, den ärztlichen Stand herabzuwürdigen. Zur Verhütung von Differenzen in diesen Beziehungen und zur Ausgleichung etwa vorgekommener Conflicte scheint die Einführung von Ehrengerichten das beste Mittel zu sein. Ist dabei Appellation an eine höhere Instanz nothwendig, so werde auch diese einer, wenn höchsten, doch ärztlichen Behörde in die Hand gegeben, welcher auch die Execution obliegen muss . . . .»
>
> § 30. Auch die beste Medicinalverfassung wird nicht vermögen, alle diejenigen Uebelstände zu beseitigen, welche bisher dem ärztlichen Stande zur Unehre gereicht haben. Es wird namentlich dem Mangel gegenseitiger Anerkennung unter den Aerzten und der Charlatanerie Einzelner durch Gesetze nicht entgegengetreten werden können. Hier müssen die Aerzte selbst ernste Schritte zur Beseitigung des Uebels thun. Die Bildung von Gemeinschaften der Aerzte . . . würde sehr zu . . . begünstigen sein. Die Gemeinschaften selbst seien die vorgedachten Ehrengerichte oder wählen ihre Organe, durch die der Einzelne Fälle von Contraventionen zur Sprache bringen und bei denen der Betreffende sich vertheidigen könne. Der Erklärung folge dann die Rüge, der Rüge die Strafe, im schlimmsten Falle der Ausweis aus der Gemeinschaft der Aerzte.»

Ebenso ist in dem von 15 Berliner Aerzten ausgearbeiteten «Entwurf der Grundsätze einer neuen Medicinalreform» vom 26. Februar 1849 die gesetzliche Bildung von freien Aerzteassociationen vorgeschlagen, deren alljährlich gewählter Ausschuss u. a. die Functionen eines staatlich anerkannten Ehrenraths ausüben, insbesondere Streitigkeiten der Mitglieder schlichten und das Recht haben sollte, Mitglieder, welche sich eines unehrenhaften Betragens schuldig machten, zu ermahnen und nöthigenfalls ihren Ausschluss aus der Association bei der Generalversammlung zu beantragen (§ 82).

Diese Vorschläge wurden demnächst in der von dem damaligen Minister der Medicinalangelegenheiten einberufenen Conferenz, welche vom 1. bis 22. Juni 1849 in Berlin tagte und an welcher aus jeder Provinz ein praktischer Arzt und ein Medicinalbeamter theilnahmen, im Wesentlichen dahin formulirt:

> «Es soll ein Ehrenrath, bloss aus ärztlichen Mitgliedern bestehend, unter Zuziehung von Staatsanwalt und Justiziaren gebildet werden; derselbe soll aus freier Wahl des Standes hervorgehen. Diesem Ehrenrath werden zunächst die Differenzen der Aerzte unter sich überwiesen, er soll ausserdem über diejenigen Pflichten der Standesgenossen wachen, welche durch Ehrenhaftigkeit, Redlichkeit und Anstand bedingt werden.»

Die Reformversuche führten damals in Preussen nicht zum Ziele.

Nach Erlass der Reichs-Gewerbeordnung wurden die früheren Vorschläge indessen wieder aufgenommen und insbesondere auf den deutschen Aerztetagen wiederholt.

Wesentlich auf Anregung des Geschäftsausschusses des deutschen Aerztevereinsbundes, welcher damals nach seinen Angaben 184 Vereine mit ungefähr 8000 Mitgliedern vertrat, und des X. deutschen Aerztetages vom 30. Juni bis 1. Juli 1882 beschloss der deutsche Reichstag bei Gelegenheit der Berathung der Gewerbenovelle vom 1. Juni 1883 im Wege der Resolution,

> «den Herrn Reichskanzler zu ersuchen, Fürsorge zu treffen, dass dem Reichstage ein Gesetzentwurf zur Herstellung einer Aerzteordnung vorgelegt werde, in welchem Organen der Berufsgenossen eine ehrengerichtliche Strafgewalt über dieselben beigelegt wird.»
> — vergl. Stenogr. Berichte des Reichstags, S. 2762, verbunden mit den Berichten der VI. Commission — Drucksachen des Reichstags, 5. Leg.-Per., II. Session 1882, No. 206, S. 25 f. und No. 223, S. 11. —

Die entsprechende reichsgesetzliche Regelung erfolgte jedoch nicht. Vielmehr beschied der damalige Herr Reichskanzler unter dem 3. Mai 1889 den Ausschuss des deutschen Aerztevereins dahin, «dass hinsichtlich des Erwerbes und der Entziehung der ärztlichen Approbation, sowie der damit verbundenen Rechte die reichsgesetzlichen Vorschriften ausreichten und daher der weitere Ausbau der Organisation des ärztlichen Standes zunächst der Landesgesetzgebung überlassen bleiben könne».

In Folge dessen haben bereits mehrere deutsche Staaten den Weg der Landesgesetzgebung behufs Regelung eines ehrengerichtlichen Verfahrens für den ärztlichen Stand beschritten.

Derartige Landesgesetze bezw. Verordnungen sind neuerdings erlassen in Hamburg, Bayern und Sachsen; schon seit längerer Zeit bestehen solche in Braunschweig und Baden.

In Braunschweig ist auf Grund einer auch nach Erlass der Reichsgewerbeordnung aufrecht erhaltenen Bestimmung des Medicinalgesetzes vom 25. October 1865 die Kammer der Aerzte und Apotheker befugt, im Disciplinarverfahren gegen Aerzte Warnungen, Verweise und Geldstrafen bis zu 150 Mark auszusprechen. Als zweite Instanz fungirt ein Disciplinarhof, der aus einem richterlichen Beamten, einem Mitgliede des Obersanitätscollegiums — beide von der Staatsregierung ernannt — und aus einem von der Kammer gewählten Mitgliede besteht.

In Baden ist durch die landesherrliche Verordnung vom 6. December 1883 dem jetzt aus 8 Mitgliedern bestehenden, von sämmtlichen Aerzten des Landes gewählten «Landesausschuss» die Befugniss ertheilt, unter dem Vorsitz eines von der Staatsregierung ernannten höheren Verwaltungsbeamten gegen Aerzte, welche ihre Berufspflichten vernachlässigen, auf Erinnerung, Verweis, Geldstrafe bis zu 200 M. und Entziehung des Wahlrechtes zu den Ausschusswahlen zu erkennen.

Seit dem 1. Januar 1895 ist auch für Hamburg eine «Aerzteordnung» in Kraft getreten, nach welcher der Vorstand der von sämmtlichen immatriculirten Hamburger Aerzten gewählten Aerztekammer berechtigt ist, einen Arzt, welcher die ärztlichen Standespflichten bei Ausübung seines Berufes oder ausserhalb desselben verletzt, auf das Unangemessene seines Verhaltens aufmerksam zu machen oder ihm eine Warnung oder einen Verweis zu ertheilen, oder auch ihm die Wahlberechtigung und die Wählbarkeit zur

*) Vergl. die Beilage zur vor. No. 2.

Aerztekammer auf Zeit oder dauernd abzuerkennen. Als Berufungsinstanz fungirt die aus 15 Mitgliedern bestehende Aerztekammer in einer Besetzung von mindestens 9 Mitgliedern. Die Aerztekammer ist nach dem Gesetz auch befugt, von allen wahlberechtigten Aerzten einen von ihr festzusetzenden jährlichen Beitrag zu erheben und denselben im Verwaltungswege beizutreiben.

In Bayern verleiht die Verordnung vom 9. Juli 1895 den ärztlichen Bezirksvereinen das Recht, denjenigen Aerzten den Eintritt in den Verein oder das Verbleiben in demselben durch Beschluss zu versagen, welche die bürgerlichen Ehrenrechte verloren haben oder denen die Ausübung der bürgerlichen Ehrenrechte auf Zeit untersagt ist, oder welche sich im Concurse befinden, endlich auch solchen, die sich des ärztlichen Standes unwürdig gezeigt haben und ein gedeihliches Zusammenwirken im Verein nicht erwarten lassen. Gegen einen solchen Beschluss steht dem Betheiligten die Beschwerde an die aus Delegirten der Bezirksvereine für jeden Regierungsbezirk gebildete Aerztekammer zu.

Endlich ist in Sachsen das Gesetz, betreffend die ärztlichen Bezirksvereine, vom 23. März 1896 ergangen, durch welches dem bei jedem Bezirksverein gebildeten Ehrenrath und in zweiter Instanz einem für jeden Regierungsbezirk gebildeten Ehrengerichtshof die Befugniss verliehen ist, gegen Aerzte, welche ihren Beruf nicht gewissenhaft ausüben und durch ihr Verhalten in der Berufsthätigkeit wie ausserhalb derselben die Ehre und das Ansehen ihres Standes nicht wahren, ehrengerichtliche Strafen (Warnung, Verweis, Geldstrafen von 20 bis 1500 M., Aberkennung des Wahlrechts und der Wahlfähigkeit bis zur Dauer von fünf Jahren) verhängen zu können. Beschwerden gegen Aerzte, welche einer staatlich geordneten Disciplinarbehörde unterstehen, sind jedoch nach § 7 des Gesetzes ohne Weiteres an diese Behörde, Beschwerden gegen Sanitätsofficiere des Friedensstandes an die Sanitätsdirection abzugeben.

Neben der erwähnten Ehrengerichtsbarkeit ist den ärztlichen Bezirksvereinen insbesondere auch die Aufgabe zugewiesen, Einrichtungen herzustellen, welche die Unterstützung nothleidender und hilfsbedürftiger Mitglieder sowie deren Familien bezwecken. Deswegen ist ihnen ein Umlagerecht für ihre Mitglieder gegeben.

Nach diesen Vorgängen in der Gesetzgebung deutscher Einzelstaaten, denen auch verschiedene ausserdeutsche Staaten, z. B. England und Oesterreich (Gesetz vom 22. December 1891, betreffend die Errichtung von Aerztekammern, Reichs Gesetzblatt von 1892, S. 39–42) angereiht werden können, erscheint es auch in Preussen dringend wünschenswerth, gesetzgeberische Maassnahmen in gleicher Richtung zu treffen, zumal sich die berufenen Vertreter des ärztlichen Standes, die Aerztekammern, mit weit überwiegender Majorität dafür erklärt haben.

Rechtliche Bedenken etwa dahin, dass landesgesetzliche Vorschriften über Festsetzung ehrengerichtlicher Strafen gegen Aerzte mit den Vorschriften der Reichsgewerbeordnung nicht vereinbar seien, können mit Grund nicht geltend gemacht werden. Diese Bedenken sind bereits in den vorbezeichneten deutschen Einzelstaaten, welche derartige Landesgesetze erlassen haben, einer eingehenden Prüfung unterzogen worden. In der Begründung der Vorlage der Hamburger Aerzteordnung (Vorlage des Senats an die Bürgerschaft vom 14. März 1894, S. 134 f.) wird darüber Folgendes ausgeführt:

«Nach § 29 der Gewerbeordnung bedürfen diejenigen Personen, welche sich als Aerzte oder mit gleichlautenden Titeln bezeichnen, einer Approbation, über deren Ertheilung bestimmte Vorschriften erlassen sind, und können Personen, welche eine solche Approbation erlangt haben, innerhalb des Reiches in der Wahl des Ortes, wo sie ihr Gewerbe betreiben wollen, nicht beschränkt werden. Nach § 53 a. a. O. können ferner die Approbationen von der Verwaltungsbehörde nur dann zurückgenommen werden, wenn die Unrichtigkeit der Nachweise dargethan wird, auf Grund deren solche ertheilt worden sind, oder wenn dem Inhaber der Approbation die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt worden sind, in letzteerem Falle jedoch nur für die Dauer des Ehrverlustes».

Weiter ist in § 143 a. a. O. bestimmt:

«Die Berechtigung zum Gewerbetriebe kann, abgesehen von den in den Reichsgesetzen vorgesehenen Fällen ihrer Entziehung, weder durch richterliche noch durch administrative Entscheidung entzogen werden», und in § 40:

«Die in § 29 erwähnten Approbationen dürfen weder auf Zeit ertheilt, noch vorbehaltlich der Bestimmungen in den §§ 53 und 143 widerrufen werden.»

Hiernach kann die Entziehung einer ärztlichen Approbation nur in den kaum wesentlich in Betracht kommenden Ausnahmefällen des § 53 erfolgen. Dagegen ist in § 144 a. a. O. bestimmt:

«Inwiefern, abgesehen von den Vorschriften über die Entziehung des Gewerbebetriebes (§ 143), Zuwiderhandlungen der Gewerbetreibenden gegen ihre Berufspflichten ausser den in diesem Gesetze erwähnten Fällen einer Strafe unterliegen, ist nach den darüber bestehenden Gesetzen zu beurtheilen.

Jedoch werden aufgehoben die für die Medicinalpersonen bestehenden besonderen Bestimmungen, welche ihnen unter Androhung von Strafen einen Zwang zur ärztlichen Hilfe auferlegen.»

Endlich heisst es in den Motiven zu § 6 a. a. O., demzufolge die Gewerbeordnung auf die Ausübung der Heilkunde nur insoweit Anwendung findet, als sie ausdrückliche Bestimmungen über dieselbe enthält:

Die Landesgesetze über die Ausübung der Heilkunde mussten vorbehalten bleiben, weil es nicht in der Absicht liegen kann, durch die Gewerbeordnung in die Medicinalverfassung der einzelnen Bundesstaaten weiter einzugreifen, als es nothwendig ist, um für das ärztliche und für das Apothekergewerbe, wie es im § 29 geschehen, die Freizügigkeit herzustellen.

Der Senat ist der Ansicht, dass der § 144 der Gewerbeordnung im Zusammenhang mit den anderen vorerwähnten Bestimmungen dieses Gesetzes und dem angeführten Passus der Motive zu § 6 desselben der Landesgesetzgebung bezüglich der Einführung von Disciplinarstrafen gegen Aerzte, soweit es sich bei denselben nicht um eine über die Bestimmungen des § 53 hinausgehende Entziehung der Approbation handelt, freie Hand lässt, und er sieht eine Bestätigung dieser Auffassung darin, dass die Rechtsgiltigkeit der oben erwähnten landesgesetzlichen Bestimmungen (anderer deutscher Staaten) über das Disciplinarverfahren gegen Aerzte auch von den dieselben ausdrücklich erwähnenden wissenschaftlichen Vertretern des Staats- und Verwaltungsrechts nicht in Zweifel gezogen worden ist.

Diesen Ausführungen kann nur vollständig beigepflichtet werden.

Der vorliegende Gesetzentwurf ist nach wiederholter Anhörung der Organe der ärztlichen Standesvertretung, der Aerztekammern und des durch Allerhöchste Verordnung vom 6. Jan. 1896 (Gesetzsamml. S. 1) gebildeten Aerztekammer-Ausschusses aufgestellt und hat in seiner gegenwärtigen Fassung grundsätzlich die einmüthige Zustimmung von zehn Aerztekammern und des Aerztekammer-Ausschusses gefunden.

Derselbe schliesst sich eng an die bestehende Organisation des ärztlichen Standes in Preussen an und setzt dieselbe als gegeben voraus.

Der erste Abschnitt des Entwurfs trifft die erforderlichen allgemeinen Bestimmungen über die ärztlichen Ehrengerichte, der zweite Abschnitt ordnet das ehrengerichtliche Strafverfahren, der dritte Abschnitt regelt das Cassenwesen und das Umlagerecht der Aerztekammern.

Die Vorschriften über das ehrengerichtliche Verfahren sind den bewährten Bestimmungen der Deutschen Rechtsanwaltsordnung vom 1. Juli 1878 und den dieser zu Grunde liegenden Vorschriften des Reichsbeamtengesetzes vom 31. März 1873 (R.-G.-Bl. S. 61) und des Gesetzes vom 21. Juli 1872, betreffend die Dienstvergehen der nicht richterlichen Beamten etc. (Gesetzsamml. S. 465), nachgebildet, soweit sich nicht aus der Art der ärztlichen Thätigkeit und den ärztlichen Standesbedürfnissen die Nothwendigkeit abweichender Regelung ergab.

Im Uebrigen ist zu den einzelnen Paragraphen des Entwurfs Folgendes zu bemerken:

Zu § 1.

Die Nothwendigkeit der organischen Verbindung der ärztlichen Ehrengerichte mit der in jeder Provinz (für Brandenburg einschl. Berlin und für die Rheinprovinz einschl. Hohenzollern) bestehenden Aerztekammer ergibt sich aus dem angestrebten Ziele, der Aerztekammer als berufenen Vertreterin und Hüterin der ärztlichen Standes- und Berufsinteressen eine entsprechende Einwirkung auf die Standesgenossen ihres Bezirks zu ermöglichen. Die Schaffung einer für die ganze Monarchie einheitlichen Berufungsinstanz soll die Möglichkeit einer Correctur bestehender Sonderanschauungen oder thatsächlicher und rechtlicher Irrthümer einzelner Ehrengerichte gewähren und damit zugleich die Bildung einer einheitlichen Rechtsprechung sicherstellen, welche die unerlässliche Voraussetzung einer späteren ärztlichen Standesordnung ist.

Zu § 3.

Die Zuständigkeit der ärztlichen Ehrengerichte ist in subjectiver Hinsicht in Uebereinstimmung mit den Vorschriften des Königlich Sächsischen Gesetzes über die ärztlichen Bezirksvereine vom 23. März 1896 (§ 7) und des Oesterreichischen Gesetzes, betreffend die Errichtung von Aerztekammern, vom 22. December 1891 (§ 15) dahin geregelt, dass sich dieselbe nur auf diejenigen approbirten Aerzte erstreckt, welche nicht einem anderweit geordneten staatlichen Disciplinarverfahren unterliegen.

Den bei der Anhörung der Aerztekammern von einer Minderzahl (zuletzt nur noch von zwei Aerztekammern) gestellten Anträgen, die Zuständigkeit der ärztlichen Ehrengerichte auch auf beamtete und Militär- etc. Aerzte in Bezug auf ihre privatärztliche Thätigkeit auszudehnen, vermag die Staatsregierung nicht zu entsprechen. Diese Anträge verkennen die Art, den Umfang, sowie die unerlässlich nothwendige Einheit und Ausschliesslichkeit der staatlichen Disciplinargewalt über beamtete und Militär- etc. Aerzte. Die geltend gemachte Analogie der Notare, welche, wenn sie zugleich Rechtsanwälte sind, in ihrer letzteren Eigenschaft den Ehrengerichten der Rechtsanwälte unterstehen, kann mit Grund nicht herangezogen werden. Denn die Beamtenstellung der Notare ist eine eigenartige und mit der Stellung der beamteten und Militär- etc. Aerzte nicht vergleichbar.

Andererseits erschien es angemessen und der Billigkeit entsprechend, dass die von der Zuständigkeit des Ehrengerichts ausgenommenen Kategorien von Aerzten, auch soweit dieselben zu

den Aerztekammern wählen und gewählt werden können, von der activen und passiven Wahlfähigkeit für die ärztlichen Ehrengerichte ausgeschlossen würden. Aus dieser Erwägung ist der Schlussabsatz des § 2 formulirt, wobei die Kategorien der Militär- und Marineärzte sowie die Militär- und Marineärzte des Beurlaubtenstandes für die Dauer ihrer Einziehung zur Dienstleistung der Vollständigkeit halber mit aufgeführt sind, obwohl dieselben durch die gleichzeitig mit der Allerhöchsten Ermächtigung zur Vorlegung dieses Gesetzentwurfs ergangene, in der Anlage abgedruckte Allerhöchste Verordnung wegen Abänderung des § 4 der Verordnung vom 25. Mai 1897 aus der Organisation der Aerztekammern ausgeschieden und demzufolge zu den Wahlen für die Aerztekammern weder activ noch passiv wahlberechtigt sind.

Bezüglich der von der Zuständigkeit der ärztlichen Ehrengerichte ausgenommenen drei Kategorien ist im Einzelnen noch Folgendes hervorzuheben.

Zu 1. Als «beamtete Aerzte» im Sinne dieser Vorschrift sind alle Aerzte anzusehen, welche als Reichsbeamte den Vorschriften des Gesetzes, betreffend die Rechtsverhältnisse der Reichsbeamten, vom 31. März 1873 (R.-G.-Bl., S. 61), oder als preussische unmittelbare oder mittelbare Staatsbeamte dem Gesetz, betreffend die Dienstvergehen der nichtrichterlichen Beamten etc., vom 21. Juli 1852 (Ges.-S. S. 465) unterliegen, oder auf welche das Gesetz, betreffend die Disciplinarverhältnisse der Privatdocenten an den Landesuniversitäten etc., vom 17. Juni 1898 (Ges.-S. S. 125) Anwendung findet. Zu den beamteten Aerzten im Sinne dieses Gesetzes gehören also insbesondere die ärztlichen Mitglieder der Reichsbehörden, die preussischen Regierungs- und Medicinalräthe, die Kreisphysiker, die Kreiswundärzte, ordentlichen und ausserordentlichen Professoren, sowie die Privatdocenten der Landesuniversitäten, die Vorsteher, Abtheilungsvorsteher und angestellten Assistenten der wissenschaftlichen Staatsinstitute, die ärztlichen Beamten der Gemeinde-, Kreis- und Provinzialverbände und ähnlicher, unter der Aufsicht und Controle des Staates stehender Corporationen.

Zu 2. Nachdem durch die allerhöchste Ordre vom 9. November 1896 das Sanitätscorps der Marine von dem der Armee getrennt worden ist, war die besondere Hervorhebung der Marineärzte geboten.

Zu den «Militär- und Marineärzten» gehören neben den activen Sanitätsofficieren die einjährig-freiwilligen Aerzte und die Unterärzte des Friedensstandes.

Zu 3. Da die Militär- und Marineärzte des Beurlaubtenstandes während der Dauer ihrer Einziehung zur Dienstleistung den activen Sanitätsoffizieren und Unterärzten völlig gleichstehen und ihr gesammtes dienstliches und ausserdienstliches Verhalten der militärischen Disciplinargewalt unterliegt, so musste für diese Zeit ihre Befreiung von der ehrengerichtlichen Zuständigkeit ausgesprochen werden.

Diese Ausnahmestellung hört mit der Beendigung der Dienstleistung auf.

Die Militär- und Marineärzte des Beurlaubtenstandes unterliegen daher ausserhalb der Zeit ihrer Einziehung zur Dienstleistung der Zuständigkeit der ärztlichen Ehrengerichte, sofern sie nicht zu den beamteten Aerzten im Sinne des § 2 No. 1 gehören. Jedoch wird die Frage der Zuständigkeit des ärztlichen Ehrengerichts zu verneinen sein, sofern und soweit nachgewiesen wird, dass die zur Cognition des Ehrengerichts gelangende Handlung eines Militär- und Marinearztes des Beurlaubtenstandes in die Zeit seiner Einziehung zur Dienstleistung fiel. In diesem Falle greift alsdann die Vorschrift des § 4 Platz.

Zu § 3.

Der Absatz 1 begrenzt die Aufgabe der ärztlichen Ehrengerichtsbarkeit dahin, dass dieselbe über Verstösse

a) gegen die ärztliche Standesehre und

b) gegen das Verhalten, welches der Beruf des Arztes erfordert,

zu entscheiden hat. Durch diese Begrenzung wird zugleich zum Ausdruck gebracht, dass politische, wissenschaftliche und religiöse Ansichten und Handlungen eines Arztes als solche niemals den Gegenstand eines ehrengerichtlichen Verfahrens bilden können.

Der Absatz 2 gibt die Mittel an, welche dem ärztlichen Ehrengericht zur Erreichung seiner Aufgabe zu Gebote stehen: einerseits die ehrengerichtliche Strafgewalt zur Feststellung und Sühne verletzter Standesehre oder Berufspflicht, andererseits die ehrengerichtliche Vermittlung zur Verhütung und zum Ausgleich von Streitigkeiten zwischen Aerzten oder zwischen einem Arzte und einer andern Person. Dass das ärztliche Ehrengericht bei einem Streit zwischen einem Arzte und einer nichtärztlichen Person nur auf Antrag der letzteren in ein Vermittlungsverfahren eintreten kann, wie Absatz 3 vorschreibt, ergibt sich aus der Natur der Sache.

Im Uebrigen ist bezüglich des Absatzes 2 noch hervorzuheben, dass die Fassung der No. 1 desselben in Verbindung mit den Vorschriften der §§ 17, 18, 20, 23 des Entwurfes jedem Arzte, welcher der Zuständigkeit des ärztlichen Ehrengerichtes unterliegt, die in weiten ärztlichen Kreisen gewünschte Möglichkeit gewährt, zum Schutz gegen Vorwürfe oder üble Nachrede eine ehrengerichtliche Untersuchung gegen sich selbst zu beantragen und einen mit Gründen versehenen ehrengerichtlichen Beschluss oder eine Entscheidung über sein Verhalten herbeizuführen.

Zu § 4.

Die Bestimmung des Absatzes 1 ist eine unmittelbare Folge der disciplinaren Stellung der beamteten und Militärärzte, sowie der ärztlichen Privatdocenten. Die Aufnahme dieser Bestimmung in das Gesetz empfiehlt sich aber, um die Ehrengerichte im Einzelfalle gegen den Vorwurf einer denunciatorischen Thätigkeit zu schützen. Im Uebrigen ist es selbstverständlich, dass die staatlichen Behörden auf jede an sie abgegebene begründete Anzeige gegen den betreffenden beamteten etc. Arzt das Erforderliche in disciplinarer Hinsicht veranlassen werden.

Da die ärztlichen Ehrengerichte nach dem Entwurfe staatlich anerkannte Behörden sind, so erscheint auch die Vorschrift des Absatzes 2 unbedenklich und um so mehr geboten, als die Ehrengerichte häufig und namentlich in den Fällen, wo die auf ihre Mittheilung hinein geleitete staatliche Disciplinaruntersuchung zur Dienstentlassung der betreffenden beamteten oder Militär- etc. Aerzte und damit zu deren späterer Unterstellung unter die ehrengerichtliche Zuständigkeit führt, ein begründetes amtliches Interesse daran haben werden, über den Ausgang der Disciplinaruntersuchung eine authentische Mittheilung der zuständigen staatlichen Dienstbehörde zu erhalten. Andererseits ist durch die Bestimmung, dass die vorgesetzten Dienstbehörden des betreffenden Arztes nur insofern Mittheilungen über den Ausgang des staatlichen Verfahrens zu machen haben, als nicht dienstliche Interessen entgegenstehen, den staatlichen Behörden die unbedingt nothwendige Möglichkeit gegeben, auf Grund ihrer pflichtmässigen Beurtheilung in besonders gearteten Fällen eine Benachrichtigung des ärztlichen Ehrengerichts zu unterlassen.

Die Bestimmungen des § 5 bedürfen keiner Begründung.

Zu den §§ 6 und 43.

Bei der Zusammensetzung der Ehrengerichte und des Ehrengerichtshofes ist davon ausgegangen, dass dieselben in der Mehrzahl ihrer Mitglieder aus Aerzten und zwar gewählten Vertrauensmännern der ärztlichen Standesvertretungen bestehen sollen.

Von diesem Gesichtspunkte aus schlägt der Entwurf vor, dass das Ehrengericht ausser dem nach § 8 der Verordnung vom 25. Mai 1887 von der Aerztekammer zu wählenden Vorsitzenden aus 4 Mitgliedern, der Ehrengerichtshof aus 7 Mitgliedern einschliesslich des Vorsitzenden bestehen soll. Im Ehrengericht sowohl wie im Ehrengerichtshof sitzen mithin 4 ärztliche gewählte Mitglieder.

Daneben ist die Zuziehung eines rechtsverständigen Mitgliedes in erster Instanz unerlässlich, zumal zahlreiche schwierige Rechts- und processualische Fragen zur Entscheidung der ärztlichen Ehrengerichte gelangen werden, deren formell und materiell den Gesetzen entsprechende Erledigung durch die Mitwirkung eines rechtsverständigen Mitgliedes am besten gesichert erscheint. Damit dieses Mitglied sowohl hinsichtlich seiner Befähigung als hinsichtlich der besonderen Vertrauensstellung den Aerzten gegenüber allen Anforderungen entspreche, ist einerseits die Wahl desselben durch den Vorstand der Aerztekammern, andererseits die Beschränkung der Wahlfähigkeit auf die Mitglieder eines ordentlichen Gerichts (Amtsrichter, Landrichter oder Oberlandesgerichtsräthe) in Aussicht genommen.

Selbstverständlich werden die gewählten Richter ihr Nebenamt nur für die Dauer ihres richterlichen Hauptamts annehmen und ausüben dürfen.

Das richterliche Mitglied auf die Amtsdauer der ärztlichen Mitglieder des Ehrengerichts wählen zu lassen, erschien sowohl mit Rücksicht auf die richterliche Würde, als auch im Hinblick auf die besondere Schwierigkeit der Stellung, die ein dauerndes Verbleiben darin von vornherein wünschenswerth macht, nicht zweckmässig.

Noch weniger konnte in Frage kommen, dem ärztlichen Ehrengerichte zwar einen Richter als Rechtsberather beizugeben, demselben aber das Stimmrecht und die Mitgliedschaft zu versagen, zumal es alsdann überhaupt nicht möglich wäre, demselben die Stellung eines Untersuchungscommissars zu übertragen (vergl. § 21).

Bei dem Ehrengerichtshof soll der Vorsitz dem Director der Medicinalabtheilung des Ministeriums der Medicinalangelegenheiten übertragen werden, da derselbe nach seiner Stellung als Vertreter des Chefs der höchsten Medicinalbehörde dafür besonders geeignet erscheint. Daneben ist die Königliche Ernennung zweier ärztlicher Mitglieder vorgesehen, um die staatliche Anerkennung der Wichtigkeit, welche den Entscheidungen dieses Ehrengerichtshofes beizulegen sein wird, auch äusserlich zum Ausdruck zu bringen.

Die Vorschriften über die Wahl bezw. Ernennung von Stellvertretern für die Mitglieder beider Instanzen bedürfen keiner Erläuterung.

An und für sich hätte es einer besonderen Hervorhebung im Gesetze kaum bedurft, dass sowohl die Vorsitzenden der Ehrengerichte, als auch die ärztlichen Mitglieder des Ehrengerichtshofes zu den der Zuständigkeit der ärztlichen Ehrengerichte unterstehenden Aerzten gehören müssen, da diese Folgerung sich aus dem Princip des § 2, Absatz 3 von selbst ergab. Um indessen den Wünschen der ärztlichen Standesvertretungen zu entsprechen, ist dies im § 6, No. 1, im § 8, Absatz 1 und im § 44, Absatz 5 noch ausdrücklich hervorgehoben.

Die Dauer der Amtszeit der gewählten ärztlichen Mitglieder der Ehrengerichte und des Ehrengerichtshofes und ebenso die

Amtszeit der beiden Allerhöchst ernannten Mitglieder richtet sich nach der durch § 6 der Verordnung vom 25. Mai 1887 (Gesetzsamml. S. 169) bestimmten Amtsdauer der Aerztekammer, beträgt also in Zukunft regelmässig 3 Jahre.

Ueber die Höhe der Vergütung, welche das richterliche Mitglied des Ehrengerichts nach § 6, Absatz 2 aus der Casse der Aerztekammer erhalten soll, hat der Vorstand der Aerztekammer (vergl. auch § 51) Beschluss zu fassen.

Zu den §§ 7 und 44.

Die Bestimmungen der §§ 7, Absatz 1 und 44, Absatz 1 über die zu Beschlüssen und Entscheidungen der Ehrengerichte und des Ehrengerichtshofes erforderlichen Stimmzahlen, namentlich auch die besondere Vorschrift über die Stimmzahl bei einer dem Angeschuldigten nachtheiligen Bestimmung über die Schuldfrage entsprechen den analogen Vorschriften in § 66 der Rechtsanwaltsordnung bezw. den dort angezogenen §§ 198 des Gerichtsverfassungsgesetzes und 262 der Strafprocessordnung. Hervorzuheben ist, dass die Abmessung der Strafe nach absoluter Stimmenmehrheit zu erfolgen hat.

Die Vorschrift des § 7 Absatz 2 bezweckt eine Erleichterung der Geschäftsführung der ärztlichen Ehrengerichte und da sie nach § 45 Absatz 1 auch auf den Ehrengerichtshof Anwendung findet, auch dieses Gerichtshofes. Da die Mitglieder der Ehrengerichte und des Ehrengerichtshofes an verschiedenen Orten wohnhaft sind, so erscheint ihre persönliche Zusammenkunft zur Fassung jedes Beschlusses nicht immer leicht durchführbar oder doch mit erheblichen Kosten verknüpft. Es ist daher in Aussicht genommen, die Möglichkeit zu eröffnen, Beschlüsse des Ehrengerichts — aber nur die sogenannten processleitenden Beschlüsse, nicht einen entscheidenden Beschluss aus § 17 und noch weniger ehrengerichtliche Entscheidungen — im Wege schriftlicher Abstimmung fassen zu lassen. Die schriftliche Abstimmung setzt jedoch voraus, dass sämmtliche Mitglieder des Ehrengerichts mit der schriftlichen Beschlussfassung einverstanden sind, widrigenfalls mündliche Berathung und Beschlussfassung erfolgen muss.

Ebenso ist die Vorschrift des § 7 Absatz 4, wonach das Ehrengericht die Vermittelung der Beilegung von Streitigkeiten einzelnen seiner Mitglieder übertragen kann, behufs der Erleichterung des Geschäftsganges getroffen.

Zu § 8.

Der § 8 umfasst 3 Fälle:

1. Gehört der Vorsitzende der Aerztekammer zu den der Zuständigkeit des Ehrengerichts nicht unterworfenen Aerzten, so kann er den Vorsitz des Ehrengerichts nicht führen. Es ist alsdann für die Amtsdauer der in diesem Falle nach § 6 No. 1 zu wählenden 4 ärztlichen Mitglieder von sämmtlichen Mitgliedern des Ehrengerichts mit Stimmenmehrheit ein Vorsitzender aus ihrer Mitte zu wählen.
2. Gehört der Vorsitzende der Aerztekammer nicht zu den im § 2 No. 1 bezeichneten Aerzten, so führt er kraft Gesetzes zugleich den Vorsitz des Ehrengerichts.
3. Ist der Vorsitzende des Ehrengerichts nur zeitweilig behindert, so wird er für die Dauer der Behinderung durch den stellvertretenden Vorsitzenden vertreten, der bei Constituirung des Ehrengerichts von den Mitgliedern desselben aus ihrer Mitte für die Dauer der ehrengerichtlichen Amtszeit zu wählen ist.

Zu § 9.

Die Vorschrift des § 9 bezweckt, die Durchführung des Vermittelungsverfahrens sicherzustellen. Es kommen dabei nur Aerzte in Betracht, da ein Vermittelungsverfahren zwischen einem Arzte und einer anderen Person einen Antrag der letzteren voraussetzt und desshalb angenommen werden kann, dass der Antragsteller auf Ladung erscheinen und die verlangten Aufschlüsse ertheilen wird.

Ueber den Fall eines Vermittelungsverfahrens, bei welchem ein der Zuständigkeit des Ehrengerichts nicht unterworfener beamteter pp. Arzt betheiligt ist, gibt Absatz 4 die im dienstlichen Interesse erforderliche besondere Bestimmung.

Zu § 10.

Für die Möglichkeit einwandfreier Feststellung des Thatbestandes durch das Ehrengericht ist sowohl in dem ehrengerichtlichen, wie im Vermittelungsverfahren die im Absatz 1 festgestellte Auskunftsertheilung sämmtlicher Gerichts- und Verwaltungsbehörden sowie der Verwaltungsgerichte, soweit nicht dienstliche Interessen entgegenstehen, unerlässlich. Das Recht auf Auskunftsertheilung umfasst zugleich unter der angegebenen Beschränkung ein Recht auf Vorlegung und Uebersendung des erforderlichen Actenmaterials.

Eine unbedingte Nothwendigkeit zur eidlichen Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen oder ein Anrecht auf Requisition der Gerichte zu diesem Zwecke konnte dagegen nur für das förmliche ehrengerichtliche Strafverfahren anerkannt werden. (§ 10 Abs. 3) In allen übrigen Fällen wird die im zweiten Absatze gegebene Berechtigung genügen.

Zu §§ 11—13.

Die Vorschriften über die allgemeine Staatsaufsicht, die Gebühren- und Stempelfreiheit der Schriftstücke der Ehrengerichte und die Berichterstattung des Vorsitzenden des Ehrengerichts sind analogen Bestimmungen der Rechtsanwaltordnung (§§ 59, 60, 61 R. A. O.) nachgebildet.

Dass die allgemeine Staatsaufsicht dem Oberpräsidenten übertragen ist, und dieser auch einen Beauftragten für das ehrengerichtliche Verfahren zu bestellen hat, rechtfertigt sich sowohl aus der sonstigen Zuständigkeit desselben, als auch aus dem Zusammenhange mit den ihm durch die Verordnung vom 25. Mai 1887 übertragenen Befugnissen gegenüber den Aerztekammern.

Zu den §§ 14—48.

Die Vorschriften über das ehrengerichtliche Strafverfahren sind, wie bereits in der allgemeinen Begründung hervorgehoben ist, im Wesentlichen im engen Anschluss an die §§ 62 ff. der Rechtsanwaltsordnung und der ihr zu Grunde liegenden Disciplinargesetze verfasst. Sie bedürfen daher nur noch in wenigen Punkten einer besonderen Begründung.

1. Die Fassung des § 14 soll zwar die Möglichkeit offen lassen, einen Arzt, der sich durch sein ausserberufliches Verhalten der Achtung und des Vertrauens unwürdig macht, welche der ärztliche Beruf erfordert, zur ehrengerichtlichen Bestrafung zu ziehen, sie soll aber zugleich durch die ausdrückliche Begrenzung, welche dem im § 3 Absatz 1 ausgesprochenen Begriffe der ärztlichen Standesehre gegeben ist, die bereits oben als unzutreffend gekennzeichnete Annahme beseitigen, dass die ehrengerichtliche Bestrafung eines Arztes wegen seiner politischen, wissenschaftlichen oder religiösen Ansichten oder Handlungen angängig sei.

Die Feststellung des Begriffs der ärztlichen Standesehre und der beruflichen Pflichten des Arztes durch eine in's Einzelne gehende Standesordnung erscheint gegenwärtig nicht ausführbar. In dieser Beziehung wird vielmehr erst eine längere Praxis der ärztlichen Ehrengerichte und des Ehrengerichtshofes die nöthigen Unterlagen schaffen müssen, aus denen sich eine einwandfreie ärztliche Standesordnung allmählich von selbst ergeben wird.

2. Das Strafensystem des Gesetzentwurfs entspricht dem System des § 63 der Rechtsanwaltsordnung. Während aber dort als schwerste Strafe die Ausschliessung von der Rechtsanwaltschaft vorgesehen ist, war die Zulassung dieser Strafart hier schon wegen der Bestimmung des § 53 der Reichsgewerbeordnung ausgeschlossen. Es ist vielmehr im § 15 als 4. Strafart die auf Zeit beschränkte oder dauernde Entziehung des activen und passiven Wahlrechts zur Aerztekammer vorgesehen.

Als Strafschärfungsmittel ist die Publication der ehrengerichtlichen Entscheidung zugelassen.

Zu den §§ 49—55.

Die Bestimmungen über das Umlagerecht und die Cassen der Aerztekammern sind aus der Erkenntniss erwachsen, dass es nothwendig ist, den ärztlichen Standesvertretungen genügende Mittel zuzuführen, um einmal die Kosten des ehrengerichtlichen Verfahrens, soweit sie nicht erstattungsfähig sind, zu decken und ferner Ausgaben für dringliche Standesbedürfnisse, insbesondere für die Unterstützung nothleidender Standesgenossen und deren Hinterbliebenen zu beschaffen.

Die Umlagebeträge sollen von sämmtlichen zur Aerztekammer wahlberechtigten Aerzten, also auch von den beamteten Aerzten — dagegen nicht von den Militär- und Marineärzten, sowie den Militär- und Marineärzten des Beurlaubtenstandes während ihrer Einziehung zur Dienstleistung — erhoben und bei nicht freiwilliger Zahlung im Verwaltungszwangsverfahren beigetrieben werden.

Ueber die Höhe derselben und den Beitragsfuss entscheidet die Aerztekammer. Der Beschluss derselben soll jedoch der Genehmigung des Oberpräsidenten bedürfen, damit die Möglichkeit gegeben ist, eine etwaige unzweckmässige Vertheilung und übermässige Steigerung dieser Umlagen, die zu einer Ueberbürdung der Aerzte mit geringen Einnahmen führen könnte, zu verhindern.

Im Uebrigen ist den Cassen behufs Erleichterung der Geschäftsführung Rechtsfähigkeit beigelegt und ihre Selbstverwaltung durch die Organe der Aerztekammern vorgesehen. Nur die allgemeine Staatsaufsicht und das Revisionsrecht des Oberpräsidenten ist gesichert.

Zu § 56.

Da der Inhalt des § 5 der Verordnung vom 25. Mai 1887 bei Verabschiedung des vorliegenden Gesetzentwurfs gegenstandslos wird, so ist seine Aufhebung ausgesprochen. Im Uebrigen bleibt die Verordnung vom 25. Mai 1887 nebst den sie ergänzenden und abändernden Verordnungen bestehen.

Zu § 57.

Die Ausführungsbestimmungen des Ministers der Medicinalangelegenheiten werden insbesondere die Benachrichtigungen zu regeln haben, welche die Ehrengerichte von ihren Entscheidungen den Gerichts- und Militärbehörden zu machen haben werden. Auch wird Vorsorge zu treffen sein, dass die Staatsanwaltschaften ihrerseits den ärztlichen Ehrengerichten über gerichtliche Bestrafungen von Aerzten Mittheilung zugehen lassen.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.